Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 477 Geneesmiddelenbeleid

Nr. 384

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG
Vastgesteld 25 mei 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 april 2016 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 maart 2015 inzake uitstel toezending van de reactie op het verzoek om een reactie op de uitzending van Zembla van 18 maart 2015 inzake geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 317);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 26 mei 2015 inzake correcties overheveling specialistische geneesmiddelen 2015 (Kamerstuk 29 248, nr. 284);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2015 inzake reactie op de motie van het lid Voortman over uitsluiten van taken van apothekers van het eigen risico (Kamerstuk 29 477, nr. 334);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 juni 2015 inzake toezegging gedaan tijdens het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid d.d. 2 oktober 2014 inzake reactie op het rapport van IMS Health «The Global Use of Medicines» (Kamerstuk 29 477, nr. 327);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 juni 2015 inzake de kabinetsreactie op het rapport van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) «De implementatie van de regelgeving over de reden van voorschrijven op recept en het doorgeven van nierfunctiewaarden door artsen» (Kamerstuk 29 477, nr. 333);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 juli 2015 inzake uitkomsten bestuurlijk overleg met betrekking tot dure geneesmiddelen (Herdruk) (Kamerstuk 29 477, nr. 344);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2015 inzake een sluis voor intramurale geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 343);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 juli 2015 ter aanbieding van de Voortgangsrapportage Voorwaardelijke Toelating 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 639);**

kst-29477-384
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 september 2015 ter aanbieding van het rapport Voormeting overheveling van orale oncolytica per 1 januari 2015 (Kamerstuk 29 248, nr. 287);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 september 2015 met de reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de Regeling van werkzaamheden van 10 september 2015, over kankerpatiënten die in het ene ziekenhuis een medicijn wel krijgen en in het andere niet (Kamerstuk 29 477, nr. 347);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 augustus 2015 inzake het verslag van een schriftelijk overleg over het rapport inzake Proefberekeningen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 346);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 oktober 2015 met de reactie op het verzoek van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake zorgwekkende situatie rondom stilvallen productie en levering antibiotica aan duizenden long- en huidpatiënten (Kamerstuk 32 620, nr. 165);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 oktober 2015 met de reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de Regeling van Werkzaamheden van 22 september 2015, over de betrokkenheid van een hoogleraar van het AMC bij de verkoop van een biotechbedrijfje dat met innovatiekrediet van de overheid een veelbelovend medicijn ontwikkelt (Kamerstuk 29 477, nr. 350);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 oktober 2015 inzake farmaceutische spoedzorg (Kamerstuk 29 477, nr. 351);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 november 2015 met de aanbieding van het rapport «Evaluatie overheveling geneesmiddelen» (Kamerstuk 29 477, nr. 352);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2015 inzake vergoeding magistraal bereide geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 354);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 januari 2016 met de reactie op de vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bericht in de Volkskrant d.d. 19 november 2015 inzake Recordboetes voor verboden reclame farmaceuten (Kamerstuk 29 477, nr. 355);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2016 inzake beëindiging «sluis» nivolumab per 1 maart 2016 (Kamerstuk 29 477, nr. 357);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 januari 2016 inzake visie op geneesmiddelen: Nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten (Kamerstuk 29 477, nr. 358);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2016 inzake verzamelbrief VWS januari 2016 (Kamerstuk 34 300-XVI, nr. 153);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 maart 2016 inzake aanbieding monitor NZa contractering en inkoop van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg (Kamerstuk 29 477, nr. 366);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 maart 2016 inzake afschrift van de adviesaanvraag aan**

de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving over de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 367);
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 april 2016 inzake reactie op het evaluatierapport «overheveling geneesmiddelen» (Kamerstuk 29 477, nr. 370);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 april 2016 inzake stand van zaken brief vervalste geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 369);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 april 2016 inzake reactie op drie adviezen van Actal, over de regeldruk in de genees- en hulpmiddelensector (Kamerstuk 29 515, nr. 386);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maart 2016 inzake terugdringen oneigenlijk psychofarmacagebruik: op weg naar nul (Kamerstuk 29 477, nr. 368);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 april 2016 inzake vergoeding intramurale geneesmiddelen en voornemen tot pakketsluis (Kamerstuk 29 477, nr. 371);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maar 2016 inzake de verzamelbrief maart (Kamerstuk 34 300-XVI, nr. 158).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Agema, Bruins Slot, Otwin van Dijk, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Van Gerven, Lodders, Rutte en Voortman,

en mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 14.30 uur.

De **voorzitter**:
Welkom. Dit algemeen overleg is gepland van 14.30 uur tot 18.30 uur, dus we hebben ruim de tijd. Ik heet de Minister en haar ambtelijke ondersteuning van harte welkom, evenals de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen. De spreektijd bedraagt vijf minuten per fractie. Ik heb begrepen dat er vooral vragen aan de Minister zijn. Ik stel dus voor om wat ruimer te zijn in interrupties tijdens haar beantwoording en verzoek de leden om de interrupties op elkaar kort en bondig te houden. Ik sta er maximaal twee toe. Dan hebben we tijd om de Minister een aantal vragen te stellen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Voorzitter. Je moet niet samenwerken met criminelen, zei de Deense hoogleraar Peter Gøtzsche twee weken terug stellig toen hij de Tweede Kamer bezocht. Is de farmaceutische industrie crimineel? In elk geval is duidelijk dat financiële belangen vaak boven het algemeen belang gaan. De kwestie in dit debat is hoe we betrouwbare medicijnen voor een reële prijs beschikbaar krijgen voor onze patiënten. De Minister constateert terecht dat de prijzen die de industrie vraagt voor haar pillen, maatschappelijk onverantwoord en onethisch zijn. Dat is een bewijs dat de markt geen moraal kent. Dat zou deze Minister van marktwerking toch ook moeten weten.
Er zijn bijvoorbeeld veel vraagtekens te zetten bij de validiteit van het onderzoek dat Big Pharma doet. Daarom pleit de SP voor een nationaal fonds voor geneesmiddelenonderzoek. De industrie moet het onderzoek betalen, maar mag het niet bepalen. De banden met de industrie moeten worden doorgesneden. De overheid zou via de eerste geldstroom meer moeten investeren in onderzoek. Geneesmiddelen moeten niet sneller en makkelijker worden toegelaten, zoals de Minister wil, maar juist voor toelating onafhankelijk worden getest en tijdelijk worden toegelaten zodat het kaf effectief van het koren kan worden gescheiden. Dat is in het belang van de patiëntveiligheid, maar ook van zinnige medicijnuitgave. Graag hoor ik een reactie van de Minister op dit voorstel. Ik heb daar een motie over in voorbereiding.
Dan de geneesmiddelenreclame. Vorig jaar kopte de Volkskrant: «Recordboetes voor verboden reclame farmaceuten». Ze kregen voor € 800.000 aan boetes te verwerken, het hoogste bedrag sinds de invoering van de Geneesmiddelenwet in 2007. Het ging om verboden gunstbetoon aan arts of apotheker, verboden publieksreclame voor receptgeneesmiddelen, reclame voor een niet-geregistreerd geneesmiddel en het verstrekken van onjuiste of suggestieve informatie. Dit is waarschijnlijk slechts het topje van de ijsberg. Welke bedrijven zich hieraan schuldig hebben gemaakt, weten we echter niet. Het huidige openbaarmakingsbeleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voorziet niet in het publiek maken van informatie over individuele boetezaken. Kan de Minister ervoor zorgen dat dit wel gebeurt?
Huisartsen die geregeld bezoek krijgen van artsenbezoekers, schrijven aantoonbaar slechter voor. Wij pleiten dan ook voor het afschaffen van geneesmiddelenreclame: geen commerciële artsenbezoekers, geen

sponsoring van nascholing door de industrie en geen beïnvloeding door de industrie bij het vaststellen van behandelingsstandaarden. Is de Minister bereid om de geneesmiddelenreclame helemaal af te schaffen en, zo ja, hoe zou dat dan kunnen?
Eerder spraken we in deze commissie over Tecfidera. Dat middel is identiek aan dimethylfumaraat, wat al tientallen jaren op de markt is. Op de prijs na dan, want die ging vele malen over de kop toen Biogen het als merkpreparaat op de markt bracht voor een maatschappelijk onaanvaardbare prijs. De Minister zegt dat dimethylfumaraat als zelfbereiding door apothekers moet kunnen worden geleverd. Nu wordt duidelijk, na herhaaldelijk vragen van onze kant, dat dat niet gebeurt en dat dat niet kan. Dat ligt aan de circulaire, zegt de Minister. Ik begrijp dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg dwarsligt. Klopt dat? Als het eigen regels betreft, regels die wij zelf als overheid maken, moeten we dat toch per direct kunnen regelen? Ik zou zeggen: doen Minister, want we zijn het eens op dit punt.
Twee maanden geleden spraken we over het schildkliermedicijn Thyrax. Ik wil van de Minister weten hoe het daarmee staat. Ik hoor ook graag hoe het staat met het faciliteren van de Schildklier Organisatie Nederland (SON).
Dan de preferente geneesmiddelen. Als een medicijn medisch noodzakelijk is, mag het preferente geneesmiddel vervallen. Dat heeft de Kamer bij motie vastgelegd. Ons bereiken echter nog steeds signalen dat mensen elk jaar opnieuw preferente geneesmiddelen moeten proberen, terwijl al duidelijk is dat ze daar te veel bijwerkingen van ondervinden. Wat vindt de Minister van dat signaal?
Ik kom op de sluis van de Minister. De sluis is een poging van haar om de excessief onmaatschappelijke pillenprijzen van Big Pharma onder controle te krijgen. Nu is zij aan de gang met pertuzumab. Wij tasten echter in het duister over wat de Minister uitonderhandelt en dat is wat de SP betreft niet acceptabel. Het moet openbaar. Ook daarover heb ik een motie in voorbereiding. In de Minister bereid om het transparant te maken en om slechts afspraken te maken voor één jaar, zodat elk jaar opnieuw kan worden onderhandeld en het opnieuw kan worden bekeken?

De heer **Rutte** (VVD):
Ik heb gisteren precies over dit onderwerp een kleine poll uitgezet op Twitter. Dat is niet representatief, maar toch. Ik heb mensen gevraagd of dit soort onderhandelingen openbaar moet. Bijna iedereen zegt dan: ja, dat moeten we doen, transparantie, top. Dat voelt heel goed. Als transparantie er echter toe leidt dat het akkoord er niet komt en daardoor het middel niet in het pakket komt, staan we met lege handen. Hoe kijkt de heer Van Gerven daarnaar?

De heer **Van Gerven** (SP):
Dan is Big Pharma crimineel.

De heer **Rutte** (VVD):
Dat is eenvoudige retoriek, maar daarmee staat de patiënt met lege handen. Welke oplossing biedt de heer Van Gerven aan patiënten in Nederland, buiten dit soort ideologisch mooie woorden?

De heer **Van Gerven** (SP):
Het is onbestaanbaar dat dit soort zaken in het geheim moet worden afgekaart om bepaalde private belangen te dienen. Het gaat hier om een algemeen belang, om middelen die medisch noodzakelijk zijn – daar ga ik van uit – en die voor iedereen beschikbaar moeten zijn. Wij kunnen als Tweede Kamer onze taak niet goed uitvoeren als wij niet weten wat daar precies uit wordt onderhandeld. We weten dat die prijzen maatschappelijk onaanvaardbaar hoog zijn. Dan is juist transparantie geboden voor ons

om te kunnen bepalen of de prijzen reëel zijn. De bal moet niet bij ons worden neergelegd. Die hoort bij Big Pharma, met zijn criminele gedrag als die alleen maar deals wil sluiten als dat in het geheim kan. Dat moeten we echt de pas afsnijden. Bovendien zijn er ook ontwikkelingen in andere landen, waar natuurlijk hetzelfde speelt. Daar is of komt naar mijn gevoel toch meer transparantie dan hier tot nu toe het geval is.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Ik verzoek u uw betoog af te ronden. Of was u al klaar?

De heer **Van Gerven** (SP):
Nee, ik heb nog wel wat.

De **voorzitter**:
Uw tijd loopt door.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik kom op het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Is de Minister bereid om te stoppen met het verbrassen van premiegeld door onmiddellijk te beginnen met het herberekenen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem? We laten honderden miljoenen liggen. Is zij bereid om een preferentiebeleid in te voeren bij de intramurale geneesmiddelen en om de overheveling van medicijnen weer ter hand te nemen? Dat levert namelijk ook miljoenen op. Is de Minister bereid om toch de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) uit te voeren, wat ook honderden miljoenen oplevert?
Ten slotte een actueel thema, namelijk dexamfetamine: 5 mg voor 30.000 patiënten. Dat dreigt nu niet meer beschikbaar te zijn. Daar zou dan Amfexa voor in de plaats moeten komen, weer een peperduur middel. Ik hoor graag van de Minister of zij kan garanderen of dexamfetamine 5 mg gewoon beschikbaar blijft voor de mensen die dat nodig hebben, ook na 16 april. Laat niet Big Pharma cashen, maar laat ze de samenleving dienen.

De heer **Rutte** (VVD):
De heer Van Gerven pleit ervoor om direct te beginnen met de herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, om het echt te gaan aanpakken. Dat klinkt niet geheel onredelijk. Is de heer Van Gerven het echter wel met de VVD eens dat we daarmee niet zo roekeloos te werk moeten gaan dat we allerhande patiënten met hoge eigen betalingen confronteren? Doorgaans zijn eigen betalingen wel iets waar de SP moeite mee heeft.

De heer **Van Gerven** (SP):
De SP is zeer tegen eigen betalingen. De laatste herijking was in 1998. Toen was het aantal bijbetalingen zeer beperkt en ik verwacht dat dat ook nu het geval zal zijn. Er wordt voortdurend gesuggereerd dat het tot grote problemen gaat leiden en dit en dat. Ik zou zeggen: laten we die herberekening onmiddellijk toepassen. Dat gaat honderden miljoenen per jaar opleveren. Die laten we nu al meer dan tien jaar liggen. Dat is niet aanvaardbaar. The proof of the pudding is in the eating. Laten we het gewoon doen. Mochten er onaanvaardbare bijbetalingen ontstaan, dan kunnen we altijd nog ingrijpen. Laten we starten en niet nog weer allerlei onderzoeken en berekeningen afwachten. In het verleden is bewezen dat het een effectief middel is en ik zou daarop koersen.

De heer **Rutte** (VVD):
Wellicht zijn de SP en de VVD het voor een heel groot deel eens. Het is een goed idee om met de herberekening van het GVS te beginnen. Ik zou echter wel willen waken voor schoksgewijze invoering, waarmee

patiënten zomaar met enorme bijbetalingen kunnen worden geconfronteerd of met allerhande switches die men wellicht niet van het ene op het andere moment kan maken. Een beetje compassie met de patiënt zou in dit geval verstandig zijn. Dat neemt niet weg dat het wel verstandig is om te gaan beginnen met die herberekening.

De heer **Van Gerven** (SP):
Over dat laatste zijn we het dus meteen al eens, dus laten we beginnen. Natuurlijk hebben wij ook heel veel compassie met de patiënt, maar ik heb ook heel veel compassie met publiek besteed geld. Dat moet heel goed besteed worden. Het moet niet naar de aandeelhouders van Big Pharma gaan. We moeten gewoon zinnige en zuinige zorg leveren en daar kan het GVS aan bijdragen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. Geneesmiddelen zijn van levensbelang voor de gezondheid van patiënten. Daarom is het belangrijk dat geneesmiddelen betaalbaar zijn en dat de farmaceutische industrie geen asociale prijzen vraagt. Het CDA complimenteert de Minister ermee dat zij de handschoen oppakt en de macht van de farmaceutische industrie wil aanpakken. Wij vragen ons echter wel af of de Minister alle bruikbare instrumenten uit de gereedschapskist nu inzet.
Wat maar beperkt in de visie van de Minister naar voren komt, is het probleem van de tekorten. Toen het CDA eerder om actie vroeg op dit punt, bleek al dat fabrikanten nooit aangepakt worden. De rol van groothandels is hier tot nu toe onderbelicht gebleven. Wij krijgen signalen dat die soms met opzet lage voorraden aanhouden, terwijl ook zij een wettelijke verantwoordelijkheid hebben in de Geneesmiddelenwet. Is de Minister bereid om de rol van de groothandels te onderzoeken? Wil ze daarnaast in haar onderzoek naar de verhoging van de boetenorm voor fabrikanten ook de groothandels meenemen?
Eerder heb ik ervoor gepleit om samen met artsen, apothekers en andere deskundigen tot een kritische geneesmiddelenlijst te komen. Op die lijst zou een selectie van geneesmiddelen moeten komen waarvoor bij tekorten geen alternatief is of waarbij patiënten bij tekorten enorme gezondheidsrisico's lopen. Dan kunnen we de fabrikanten en de groothandels er makkelijker aan houden om voldoende voorraden aan te houden. Wil de Minister hier alsnog werk van maken?
Dan de dure geneesmiddelen. De Minister blijft ten aanzien van de dure geneesmiddelen nog erg vaag over wat zij precies wil gaan doen. De brief staat vol met termen als «stimuleren», «bevorderen», «faciliteren», «leidraden opstellen» en «platforms oprichten». Gebruikt de Minister hiermee nu alle sleutels die zij in haar gereedschapskist heeft? Ik vraag me bijvoorbeeld af waarom zij niet doorpakt op de doorgeleverde bereidingen. Het verbod hierop door de Inspectie voor de Gezondheidszorg maakt sommige medicijnen tot tien keer duurder. Is de Minister het met het CDA eens dat dit eigenlijk laaghangend fruit is waarmee snel een slag kan worden gemaakt en, zo ja, welke mogelijkheden ziet zij daarvoor?
De Minister is in haar brief ook erg terughoudend over de magistrale bereidingen. Welke mogelijkheden bieden magistrale bereidingen om geneesmiddelen goedkoper te laten zijn? Hierbij speelt nog een ander punt. Hoe wil de Minister nu precies het gebruik van biosimilars stimuleren? In haar brief schrijft ze dat biosimilars in de richtlijn moeten komen en dat zorgverzekeraars erop moeten gaan inkopen. Is het in dit geval niet het EMA (European Medicines Agency), de Europese geneesmiddelenautoriteit, die dwarsligt omdat dat het begrip «uitwisselbaarheid» heel erg beperkt interpreteert? Zouden we daar dan niet werk moeten maken? Ik hoor graag een reactie van de Minister op dit punt.
De Minister geeft duidelijk aan dat zij medicijnen alleen wil toelaten als ze kosteneffectief zijn. Zorginstituut Nederland (ZIN) geeft in zijn brief aan

dat het alle nieuwe geneesmiddelen met een kostenbeslag van meer dan 2,5 miljoen euro hierop wil toetsen. Klopt het dat het Zorginstituut door capaciteitsgebrek niet aan die toetsing toe komt, waardoor veel middelen met een kostenbeslag tussen 2,5 miljoen en 25 miljoen euro niet worden getoetst? Wat wil de Minister doen om ervoor te zorgen dat deze toetsing toch plaatsvindt? Zij heeft immers een sluis gemaakt, een slot op de deur, maar het lijkt erop alsof het een half slot is omdat het Zorginstituut een heleboel middelen niet toetst om te bezien of ze kosteneffectief en noodzakelijk genoeg zijn om in het pakket opgenomen te worden. Daardoor vliegen ze nu gewoon vanzelf het pakket in.
De medicijnen met extreem hoge prijzen worden in een sluis geplaatst, maar de geheime prijsafspraken die worden gemaakt, zijn niet te controleren: niet door de verzekeraars, die de financiële risico's moeten dragen, en ook niet door het Zorginstituut, dat uiteindelijk naar de kosteneffectiviteit kijkt. Als transparantie het medicijn is, waarom zorgt de Minister hiermee dan juist voor minder transparantie? Welke mogelijkheden ziet zij om zorgverzekeraars en het Zorginstituut wel over de prijs te informeren? Op een gegeven moment lopen de afspraken uit de sluis immers af en dan hebben de zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland geen flauw idee wat de eerder betaalde prijs is geweest, terwijl zij wel de nieuwe onderhandelingen moeten voeren. Hoe kunnen zij dat dan goed geïnformeerd doen?
Het meest concreet lijkt de Minister nog te worden bij de adaptive licensing. Het CDA heeft begrip voor de lastige afweging hierbij. Enerzijds willen we dat patiënten sneller toegang hebben tot veelbelovende medicijnen. Anderzijds blijken medicijnen achteraf vaak minder effectief dan gehoopt. Soms zitten er behoorlijk wat gezondheidsrisico's vast aan het eerder op de markt laten gaan van geneesmiddelen. Is de Minister het met het CDA eens dat het stroomlijnen van deze procedures voor adaptive licensing er niet voor mag zorgen dat patiënten straks extra gezondheidsrisico's lopen?

De **voorzitter**:
Kunt u afronden, mevrouw Bruins Slot?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het is goed dat de Minister een visie heeft neergelegd, maar laten we voorkomen dat deze visie straks een olifant wordt die het uitzicht belemmert. Het CDA wil dus graag van de Minister weten wat zij in het laatste jaar van haar ministerschap concreet wil gaan bereiken.

De heer **Van Gerven** (SP):
Mevrouw Bruins Slot brengt terecht op dat het Zorginstituut de medicijnen met een beslag van 2,5 miljoen en 25 miljoen laat lopen. Ik begrijp dat zij dat geen goede ontwikkeling vindt. Hoe moet dat opgelost worden volgens het CDA?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Volgens mij neemt de Minister allerlei maatregelen om ervoor te zorgen dat we geneesmiddelen voor de mensen krijgen die goed werken en dat de prijs die ervoor wordt betaald, er goed bij past. Daarom worden de dure geneesmiddelen nu getoetst. Het Zorginstituut heeft ook aangegeven het van belang te vinden om alle geneesmiddelen met een beslag van tussen de 2,5 miljoen en 25 miljoen euro te toetsen. Het is mij niet duidelijk waarom dat niet gebeurt. Ik hoor geluiden dat het Zorginstituut onvoldoende capaciteit heeft. Laten we eerst de Minister duidelijk laten aangeven wat de oorzaak ervan is dat het Zorginstituut dat niet doet. Als het een oorzaak is die wij hier kunnen oplossen, moeten we kijken of we dat kunnen doen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik begrijp dat het CDA ook echt wil dat de medicijnen die meer dan 2,5 miljoen per jaar kosten, worden getoetst door het Zorginstituut alvorens ze al dan niet worden toegelaten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Die worden sowieso automatisch tot het pakket toegelaten. Er wordt een toetsing gedaan op verschillende aspecten van het pakket. Ik vind dat van belang omdat het anders heel erg aantrekkelijk kan zijn om bij de eerste geneesmiddelen die een fabrikant op de Nederlandse markt brengt, het kostenbeslag onder de 25 miljoen euro te houden en in de loop van de tijd het aantal indicaties te vergroten, waardoor plotseling binnen twee of drie jaar het kostenbeslag 100 miljoen euro is. Dan hebben ze op een fantastische manier de sluis van de Minister ontweken en daar zit ik als CDA'er niet op te wachten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. De Minister kondigt in haar visiebrief een groot aantal maatregelen aan om te komen tot «een radicale koerswijziging in het geneesmiddelenbeleid». Voordat ik verder zal ingaan op een aantal specifieke maatregelen, waarin ik me overigens grotendeels kan vinden, wil ik opmerken dat ik benieuwd ben naar de verdere uitwerking ervan. Welke concrete maatregelen worden precies genomen en hoe gaat de Minister die monitoren? Wat is het tijdpad? Wie heeft en neemt de regie? Is de Minister bereid om die heel concrete maatregelen op te nemen in een tijdplanning en daar een verantwoordelijke voor aan te wijzen? Op welke wijze worden patiënten hierbij betrokken?
Ik krijg de indruk dat de visie zich vooral richt op de middellange termijn. Er wordt eigenlijk niet ingegaan op de huidige problematiek, zoals de geneesmiddelentekorten en de hoge prijzen die drukken op het ziekenhuisbudget, dat niet mag worden overschreden. Zorgaanbieders verwachten ook dit jaar weer financiële knelpunten. Een ander voorbeeld van iets wat op korte termijn geregeld zou moeten worden, betreft de goedwerkende apotheekbereidingen die worden geregistreerd voor een veel hogere prijs. Volgens de IGZ mag alleen de geregistreerde variant worden voorgeschreven. Ik vraag de Minister wat we hieraan kunnen doen. Kan de IGZ naar deze specifieke gevallen kijken? Voor de lange termijn is natuurlijk de vraag of deze nieuwe visie van de Minister inspeelt op de komst van steeds meer personalized medicines en of innovatie wel voldoende wordt gestimuleerd. Ik hoor daar graag een reactie van de Minister op. Waar het gaat om dure geneesmiddelen, verschuilen farmaceuten zich achter de hoge ontwikkelingskosten en investeringen in medicijnen die uiteindelijk niet op de markt komen. Als die kosten goed te verklaren zijn, waarom kan er dan niet meer openheid over worden geboden? Graag hoor ik hoe de Minister dit ziet.
Er is bovendien sprake van een paradox, waarbij de vraag is of het doel de middelen heiligt. De Minister maakt geheime prijsafspraken. Of de medicijnen na het maken van de afspraken de toets van het Zorginstituut kunnen doorstaan, blijft eigenlijk onduidelijk. Ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Bruins Slot over de medicijnen die nu niet worden beoordeeld door het Zorginstituut en gewoon instromen in het pakket. Hoe moet de beoordeling daarvan worden vormgegeven? Is er sprake van te weinig capaciteit? Er is ook een probleem voor de zorgverzekeraars. Die weten niet welk risico ze moeten incalculeren en doorberekenen in de premie. D66 vindt dat zij dat inzicht wel zouden moeten hebben. Naar welke transparantie streeft de Minister en hoe wil zij dat zelf in de praktijk brengen?
De Minister schrijft over de Europese samenwerking als speerpunt. D66 heeft hier vaak naar gevraagd. De Minister heeft altijd gezegd dat dat lastig is. Nu noemt zij wel de samenwerking met België en Luxemburg. Ik

zou graag van haar horen wat de huidige stand van zaken is. Ziet zij nu wel, ook in het kader van het Nederlandse voorzitterschap, reële mogelijkheden voor Europese samenwerking? Ik las een artikel in het Geneesmiddelenbulletin dat ook in het Franse zusterblad is verschenen. In Frankrijk blijken precies dezelfde zorgen te leven over hoge prijzen voor nichegeneesmiddelen. Misschien kan zij dus toch ook die kant een keer uit kijken. Ook op een ander punt kan samenwerking mogelijk van toegevoegde waarde zijn. De farmaceutische industrie wordt nu betrokken bij de horizonscan om beter inzicht te krijgen in welke middelen eraan komen, maar wordt helemaal niet genoemd in het lijstje geconsulteerden voor deze visie van de Minister. De industrie is echter, of je dat nu wilt of niet, een belangrijke speler. Wil de Minister kijken hoe bijvoorbeeld het pact in België tussen industrie en overheid functioneert en of dat iets is wat zij zou willen volgen?
De Minister heeft een sluis ingesteld. Geneesmiddelen waarvan nog niet precies duidelijk is of zij kosteneffectief zijn, worden in de wacht gezet. Onder welke voorwaarden gaat een middel in de sluis en onder welke voorwaarden gaat het er weer uit? Is er een exitstrategie voor het geval de onderhandelingen mislukken?
Het is van groot belang om te weten wat werkt en wat niet: voorzorg, diagnostiek, nazorg en monitoring. Het Zorginstituut geeft aan dat het soms niet alle gegevens krijgt die nodig zijn om een juiste afweging te maken. Commerciële belangen en publicatiebelangen prevaleren. Wil de Minister toezeggen dat zij toegang tot de data in registers gaat borgen? Dat is heel belangrijk voor het Zorginstituut.

De **voorzitter**:
Rondt u af?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Medische specialisten willen niet alleen verantwoordelijkheid nemen voor de eigen patiënten, maar ook voor de totale patiëntenpopulatie en het betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Daarin moeten zij zo goed mogelijk gesteund worden. Een maatschappelijk debat over de aanvaardbaarheid van hoge kosten kan daaraan bijdragen. Hoe is uitvoering gegeven aan de motie-Krol c.s. (29 477, nr. 340) waarin gevraagd wordt om het debat over de grenzen aan en de betaalbaarheid van zorg?
Ik had nog graag iets over preventie willen zeggen, maar dat komt dan wel in de tweede termijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Voorzitter. We hebben de Minister vorige week uitgebreid aan het woord gehoord in het televisieprogramma Radar, waarin duidelijk werd dat de vier grootste farmaceuten ieder zo'n 8 tot 12 miljard euro winst maken. Dat is natuurlijk niet allemaal in Nederland, maar wel per jaar. Hoewel er hier en daar weleens hoge boetes vallen voor misstanden, zijn deze omzetten volkomen legaal. Dat is het gevolg van de systemen die wij kennen. In ons land komen we dan uit bij de Minister, want zij is systeemverantwoordelijk. Natuurlijk heeft zij te maken met mondiale spelers, maar ze zal moeten vechten voor lagere en eerlijkere prijzen. Want wie wordt er immers beter van zulke hoge winsten? Dat zijn alleen de farmaceuten.
De zes hoofdlijnen uit de visiebrief gaan het verschil niet maken. Wat levert balans in de farmaceutische marktstructuur aanbrengen op? Hoeveel minder winst blijft er daardoor aan de strijkstok hangen? Hetzelfde geldt voor de aanpak van ongewenst hoge prijzen. Het is mooi geformuleerd, maar wat is het doel? Is er een tijdpad met een concreet bedrag dat de Minister uit denkt te kunnen sparen ten behoeve van ons aller portemonnees? Waar het gaat om de aanpak van ongewenst hoge prijzen, spreekt de Minister van «onhoudbaarheid van het systeem». Ik

vind dat heel zware woorden. Wanneer voert zij dan een systeem in dat wel houdbaar is en, zo ja, aan wat voor systeem denkt zij dan?
Het huidige systeem staat overigens die ongewenst hoge bedragen gewoon toe en spekt daarmee de megawinsten van de farmaceuten. Om de prijzen werkelijk omlaag te krijgen, zal de Minister dus iets aan het systeem moeten doen. Australië is ons daarin voorgegaan. De Australische overheid dwingt fabrikanten om openheid te geven over de kosten van ontwikkeling en productie. Vervolgens wordt onderhandeld over een opslag en stelt de overheid een verkoopprijs vast. Geneesmiddelenprijzen komen dus in volledige transparantie tot stand. Als van een bestaand middel een nieuwe dosering op de markt komt, wordt het met 60% tot 70% naar beneden bijgesteld. Een dergelijk systeem zien we ook in het «Fair Medicine»-model, waarbij openheid over de daadwerkelijke kosten en een terugverdienmodel met een maatschappelijk aanvaardbare marge centraal staan. We zouden hierover graag iets terugzien in de visiebrief. Verder dan de aanmoedigingsprijs, de ZonMw Parel, voor Fair Medicine komen we echter niet. Wat staat de invoering van een systeem zoals dat in Australië wordt gebruikt of een model zoals dat van Fair Medicine nu eigenlijk in de weg?
Een ander probleem met het huidige systeem is de ongelijkheid binnen Europa. Nederland behoort tot de landen met de hoogste prijzen voor geneesmiddelen. Dat is niet eerlijk. Aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen volgens de initiatiefwet-Otwin van Dijk wijst de Minister af, terwijl die aanpassing de prijzen in Nederland zou verlagen. De Minister ziet meer in het vergroten van de inkoopmacht door meer Europese samenwerking, omdat Nederland een te klein marktaandeel heeft om een vuist te maken. Als Nederland zo'n klein marktaandeel heeft, maakt het voor de farmaceuten toch ook weinig uit als hier de prijzen omlaag gaan? In Noorwegen, toch ook een klein land, worden veel lagere prijzen betaald. Frankrijk en Duitsland staan natuurlijk niet te springen om met ons samen te werken. Zij hebben veel farmaceutische industrie en de overige landen betalen al veel minder dan Nederland. Waarom zouden die dan nog met ons willen samenwerken? Mijn fractie zou daarom de Wet geneesmiddelenprijzen wel willen aanpassen. We kijken uit naar de behandeling van het initiatiefwetsvoorstel van collega Otwin van Dijk.
De visiebrief biedt een heldere probleemanalyse. Daar valt niets op aan te merken. De aanpak vinden wij echter achterblijven. De maatregelen krijgen onze steun, maar zonder aanpak van het systeem blijft het een beetje rommelen in de marge. De Minister schrijft dat zij waar nodig zelf maatregelen neemt om prijzen en uitgaven te beheersen. Dat is zeker lovenswaardig en kordaat, zoals we de Minister kennen. Ja, alle beetjes helpen. Het is echter geen begin van het met miljarden terugbrengen van de winsten van farmaceuten die met het grootste gemak uit onze zak worden geklopt. Als de magere plannen de prijzen niet drukken, wat gebeurt er dan? Krijgen we dan nog hogere eigen bijdragen voor de patiënten of gaan geneesmiddelen uit het pakket? De Minister schrijft immers dat de rekening linksom of rechtsom zal moeten worden betaald. Daar ben ik het faliekant mee oneens. Linksom of rechtsom, de rekening moet omlaag.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Voorzitter. Geneesmiddelen zijn ontzettend belangrijk, voor mensen die ermee kunnen worden genezen van ziektes, voor het voorkomen van ziektes of voor het draaglijk maken van ziektes. De zorgen van mensen gaan juist heel vaak over de vraag of geneesmiddelen wel beschikbaar of betaalbaar blijven. GroenLinks vindt dat schrijnend. Mensen die afhankelijk zijn van een medicijn, moeten niet ook nog in onzekerheid zitten over de vraag of dat medicijn wel beschikbaar is of blijft.
Er moeten maatregelen worden genomen om geneesmiddelentekorten tegen te gaan en de kosten van geneesmiddelen in de hand te houden en

te krijgen. Voor GroenLinks spelen de positie en de handelwijze van de farmaceutische industrie daarin een belangrijke rol. Waar aan de ene kant de patiënten en de zorgverleners zich zorgen maken over de beschikbaarheid van geneesmiddelen en de hoge geneesmiddelenprijzen – die vormen een groot maatschappelijk probleem – blijft de farmaceutische industrie aan de andere kant miljardenwinsten maken die rond de 20% van het vermogen liggen. GroenLinks wil dat de machtspositie van de farmaceutische industrie en het gebruik en zelfs misbruik daarvan worden aangepakt. Het doet ons dan ook deugd dat de Minister dat nu ook inziet. Althans, ik begrijp uit de media dat de Minister de macht van de farmaceutische industrie wil breken. In Buitenhof noemde zij het handelen van de farmaceutische industrie zelfs «immoreel». Ik zal de Minister aanmoedigen om door te gaan op deze weg. Ik denk graag met haar mee over maatregelen om het handelen van de farmaceutische industrie echt aan te pakken.

De Minister oogst alom complimenten voor haar visie, van de geneesmiddelenindustrie tot de zorgaanbieders en van zorgverzekeraars tot patiëntenverenigingen. Dat zou op zich echter ook een teken aan de wand kunnen zijn, namelijk dat je niet kritisch of niet hard genoeg bent. De Minister benoemt weliswaar een aantal belangrijke zaken, maar ik hoop dat het niet blijft bij woorden en goede voornemens. Wil zij hier echt een prioriteit van maken? De Minister wil het Europees voorzitterschap aangrijpen om zaken aan te kaarten. Wij wensen haar toe dat er dan ook echt samenwerking tot stand komt. Kan zij aangeven wat er tot nu toe concreet is besproken in Europees verband? Het voorzitterschap is immers al een tijd op weg. Wat heeft dat de Minister tot nu toe concreet opgeleverd? Wat gaat er nog komen aan overleg in de komende maanden? Wat wil zij aan het eind van het voorzitterschap kunnen presenteren? Ik hoor hier graag een reactie op.

GroenLinks ziet de visie van de Minister als een eerste aanzet naar nieuw beleid op het gebied van geneesmiddelen. We zien dat er op een flink aantal punten nog verdere stappen gezet kunnen en moeten worden. Ik wil er hier drie noemen en daar wil ik graag een reactie op van de Minister. Dat zijn: openheid over prijzen, openheid over boetes en openheid over onderzoek.

Klinisch onderzoek wordt in hoge mate door de farmaceutische industrie uitgevoerd. Wetenschappelijk is aangetoond dat de helft van de studies van twijfelachtige kwaliteit is. Het onderzoek is nu vooral gericht op het aantonen dat het middel iets doet. Wij willen dat er veel meer wordt gekeken of een middel ook echt beter werkt dan een bestaand middel en dat er heel kritisch naar de bijwerkingen wordt gekeken. Open data zijn dan ook van belang voor de afweging of wij bereid zijn om de prijs te betalen die ervoor wordt gevraagd.

Openheid over onderzoek is dus niet alleen nodig om de controleerbaarheid ervan te vergroten. Het is ook zeker van belang voor de positie van de overheid en het maatschappelijke debat over geneesmiddelen. Wij vinden daarom dat de ruwe data van geneesmiddelenonderzoeken openbaar moeten worden en dat die openbaarheid van geneesmiddelenfabrikanten gevraagd mag worden. Wat denkt de Minister van het systeem dat in Italië al werkt, een systeem waarin de farmaceutische industrie 5% van de promotiekosten moet afdragen en in een fonds voor onafhankelijk klinisch onderzoek moet storten? Is de Minister bereid om te bekijken of we de openbaarheid van onderzoeksdata niet zelfs als voorwaarde voor toelating of vergoeding moeten laten gelden? De Minister schrijft zelf in haar geneesmiddelenvisie dat zij wil kijken naar mogelijkheden voor het terughalen van subsidie voor ontwikkeling van geneesmiddelen. Kan zij voor het toekennen van subsidie niet ook de eis stellen dat in het verdere traject de ruwe onderzoeksdata openbaar moeten worden gemaakt?

Dan de openheid over prijzen. De discussie over de redenen waarom een geneesmiddel kost wat ervoor wordt gevraagd, gaat met een hoop schimmigheid gepaard. Er is veel onderzoek voor nodig, zegt de farmaceutische industrie. De Minister deelt de mening van GroenLinks dat meer transparantie over de prijsopbouw van geneesmiddelen gewenst is. Dat zij zelf de onderhandelde prijs niet openbaar kan maken, is dan wel wat dubbel. Hoe wil zij wel meer openheid gaan geven en die afdwingen? Is zij bereid om in elk geval zorgverzekeraars meer inzage in de onderhandelde prijs te geven, zodat zij daar goede afspraken over kunnen maken met ziekenhuizen? Is zij bereid om te kijken of zij voor de toekenning van onderzoeksubsidie niet alleen voorwaarden kan stellen voor het terugbetalen van die investering, maar ook de voorwaarde kan stellen dat er openheid wordt gegeven over de prijsopbouw van het geneesmiddel dat daaruit voortvloeit? Kan de Minister daarnaast aangeven wat haar inzet in Europees verband op het gebied van transparantie van prijzen al heeft opgeleverd?
Dan het punt boetes. De geneesmiddelenfabrikanten hebben in 2014 een recordbedrag aan boetes opgelegd gekregen. Waarvoor deze zijn opgelegd, werd echter pas bekend na een verzoek in het kader van de Wet openbaarheid van bestuur en dat terwijl er diverse maatschappelijke waarden in het geding zijn. Die bescherming van de industrie begrijpt GroenLinks niet. Als een arts of een verpleegkundige een fout maakt, komt dat terecht in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Waarom geldt dat dan niet voor fouten die de farmaceutische industrie maakt? Is de Minister bereid om de opgelegde boetes openbaar te maken, bijvoorbeeld via de website van de Inspectie voor de Gezondheidszorg?

De **voorzitter**:
Rondt u af?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Bij de behandeling van de begroting heeft de Minister toegezegd dat zij in de geneesmiddelenvisie zou ingaan op het kiwimodel. Ik heb dat er niet in teruggezien. Ik hoor daar graag nog een reactie op van haar. Ik kan me aansluiten bij de woorden van mevrouw Bruins Slot over magistrale bereiding.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Voorzitter. Geneesmiddelen zijn enorm belangrijk voor heel veel mensen, om beter te worden als ze ziek zijn, om een ernstige ziekte te kunnen overleven of om te kunnen leven met een chronische aandoening. Er zijn de afgelopen decennia grote sprongen vooruit gemaakt in behandelmogelijkheden en er komen steeds meer nieuwe geneesmiddelen bij. Dat is mooi voor patiënten, maar het stelt ons ook voor ingewikkelde dilemma's. Veel nieuwe geneesmiddelen zijn ongelooflijk duur, vaak zonder rationele verklaring. Ook komen er legio geneesmiddelen op de markt die nauwelijks toegevoegde waarde hebben. Dat maakt soms ook cynisch. De farmaceutische industrie levert een bijdrage aan de zorg, maar vraagt daar steeds vaker immorele en bespottelijke prijzen voor. Die zieke kant van de farmaceutische industrie moet worden aangepakt. Dat is ingewikkeld, want daar is nu net weer geen pil voor. Het is echter wel belangrijk om ervoor te zorgen dat patiënten de geneesmiddelen krijgen die zij nodig hebben.
Enerzijds is het voor patiënten belangrijk dat nieuwe, betere geneesmiddelen snel beschikbaar komen. Anderzijds stromen er jaarlijks nieuwe dure geneesmiddelen in het pakket waarvan de meerwaarde echt twijfelachtig is. Aan dat mechanisme moeten we iets doen. De Minister stelt een sluisconstructie, een voorwaardelijke toelating en een exitstrategie voor. Welke verwachtingen heeft zij? De PvdA wil dat Zorginstituut

Nederland zijn wettelijke taak bij de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen op therapeutische meerwaarde in vergelijking met het gangbare middel veel sterker uitvoert. Het ZIN moet voorkomen dat geneesmiddelen zonder duidelijke meerwaarde in het pakket komen en we er dan ook nog eens veel meer voor moeten gaan betalen dan voor al gangbare middelen.
De Minister sluit met farmaceuten geheime financiële arrangementen. Alle voorgaande sprekers hadden het er al over. Dat doet zij om de prijzen van dure geneesmiddelen te drukken. Ieder land doet dat, maar toch is daar wel iets heel raars aan de hand. De uitkomst is vaak geheim. Daarmee zitten de farmaceuten stevig in het zadel en hebben landen het nakijken. Hoe weten we immers of een maximale korting is gegeven? Ik leg nogmaals de nadruk op de aangenomen PvdA-motie van een tijdje geleden over meer transparantie (29 477, nr. 337). Waarom kan dat bijvoorbeeld in Duitsland wel? Wat heeft de Minister met deze motie gedaan?
GroenLinks stelde eerder deze week – mevrouw Voortman wees er net ook nog even op – openbare aanbestedingen voor, via het kiwimodel. De PvdA heeft daar eerder al eens voor gepleit en steunt dit. Het is transparant en in andere landen werkt het ook. Volgens Zorgkeuzes in Kaart levert een aanpassing van de WGP tot bijna 200 miljoen op. Waarom laat de Minister die aanpassing dan toch liggen?
Er komen ook steeds meer zogenaamde «biosimilars» beschikbaar. Besparingen via biosimilars kunnen oplopen tot 70% ten opzichte van de oorspronkelijke geneesmiddelen. Het gaat jaarlijks om honderden miljoenen. Toch blijft Nederland hopeloos achter bij andere landen. Dat komt deels door onbekendheid. Voorlichting kan helpen, maar meer sturen op substitutie is nodig.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik hoor de heer Van Dijk aan de Minister vragen wanneer zij met een aanpassing van de WGP komt, maar volgens mij heeft hij zelf de sleutel in handen. Hij heeft immers zelf een initiatiefwetsvoorstel ingediend op de WGP en wij wachten op zijn antwoorden op de vragen die daarover zijn gesteld. Wanneer krijgt de Kamer die antwoorden? Wanneer kunnen we verder aan de slag als Kamer?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik heb inderdaad dat initiatiefvoorstel ingediend. Dat is veel werk, zoals mevrouw Bruins Slot weet. De Minister schrijft expliciet in haar visie dat zij niet van plan is om de WGP aan te passen, omdat zij daar de meerwaarde niet van ziet. In Zorgkeuzes in Kaart wordt aangegeven dat het een besparing van bijna 200 miljoen kan opleveren. Daarom vraag ik haar waarom zij dat niet van plan is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het leek er bijna op dat de heer Van Dijk zelf zijn initiatiefvoorstel in de ijskast aan het zetten is. Ik herinner me dat hij dat initiatiefvoorstel heeft gemaakt omdat de Minister al eerder heeft gezegd dat zij die WGP niet opnieuw wil berekenen. De heer Van Dijk heeft toch niet zijn eigen initiatiefvoorstel in de ijskast gezet?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Geenszins.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De PvdA heeft dit voorstel al liggen. Je kunt dan wachten op wat de Minister doet, maar soms zien Ministers initiatiefwetsvoorstellen nu eenmaal niet zitten. Dat heb ik vanmorgen zelf nog meegemaakt. Ik zou

zeggen, gezien de brede steun die hier is: ga zelf aan de slag. Wanneer kunnen we een reactie van de PvdA verwachten?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Van mijn collega die dit voorstel heeft ingediend, begreep ik dat in het voortraject niet altijd even helder was of het op heel veel enthousiasme in de Kamer zou kunnen rekenen. Ik hoor nu in elk geval heel veel enthousiasme en daar ben ik heel blij mee.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik heb ook de indruk dat de meerderheid wat ruimer is dan zij eerder leek, dus ik zou zeggen: nu doorpakken.

De **voorzitter**:
Ik hoor geen vraag, maar een oproep.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Volgens mij is de steun Kamerbreed, exclusief de coalitiepartner VVD. Ik wil me met klem aansluiten bij mevrouw Bruins Slot: zet het voorstel niet in de koelkast voor één partij, terwijl een grote meerderheid van de Kamer het steunt.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik ga dit algemeen overleg in ieder geval gelukkig uit. Tot nu toe had ik namelijk begrepen dat het toch kielekiele was. Het was bijvoorbeeld niet helder of het CDA een aanpassing van de WGP zou steunen. Ik merk dat die steun nu toch min of meer expliciet wordt uitgesproken. Ik vind dit een heel mooie aanmoediging van vrijwel de gehele Kamer.

De **voorzitter**:
Vervolgt u uw betoog, mijnheer Van Dijk.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Wat een mooie wending in dit algemeen overleg. Daar ben ik best blij mee.
Ik had het over de biosimilars. Het Besluit zorgverzekering is onduidelijk over het preferentiebeleid ten aanzien van biosimilars. Is de Minister bereid om dat aan te passen, zodat ook biosimilars binnen het preferentiebeleid kunnen vallen? Welke andere maatregelen neemt zij om het gebruik van biosimilars te stimuleren? Wanneer is zij zelf tevreden?
Farmaceuten drijven prijzen op, aldus de ACM (Autoriteit Consument & Markt) in een snoeihard rapport van vorig jaar. Het werd «marktmisbruik» genoemd. Fabrikanten beïnvloeden artsen, verlengen patenten door de samenstelling net iets te veranderen en kopen fabrikanten van geneesmiddelen af. Dat kan natuurlijk gewoon niet. Ik vind dat de Minister hier toch te weinig aan doet. Waarom vraagt zij de ACM niet om de farmaceutische industrie op deze punten keihard aan te pakken? In de octrooiwetgeving zit bovendien het publiekbelangbeginsel. Als een octrooi wordt misbruikt, is het aan te vallen. In India lopen op dit moment zaken tegen farmaceuten. Is de Minister bereid om in Europees verband de farmaceutische industrie juridisch aan te pakken?
Magistrale bereidingen zijn dé manier om dure geneesmiddelen te omzeilen. Ziekenhuisapothekers kunnen uitstekend bereiden voor eigen gebruik en juridisch mag dat ook. MS-patiënten zijn bijvoorbeeld voor dimethylfumaraat aangewezen op het geregistreerde middel Tecfidera. Dat is tien keer duurder dan het eigenbereide middel. Hoe gaat de Minister magistrale bereidingen door ziekenhuisapothekers voor gebruik in eigen ziekenhuis stimuleren? Er is bovendien een IGZ-verbod – dat is ook al genoemd – op het doorleveren door ziekenhuizen aan andere ziekenhuizen na die magistrale bereiding. Is de Minister bereid om dat op

te heffen? Zo kunnen we de farmaceutische industrie simpelweg negeren. Dat leidt bovendien tot anticiperend gedrag en dus lagere prijzen van de fabrikanten.
Inmiddels is het aantal geneesmiddelen waarvoor een tekort dreigt, opgelopen naar zo'n 700. Ik heb daar nog een heel stuk over staan. Kortheidshalve sluit ik me echter aan bij hetgeen mevrouw Bruins Slot daarover heeft opgemerkt, inclusief het pleidooi om ook de groothandels, die toch wel een beetje buiten schot blijven, aan te pakken en wettelijke boetes op te leggen als dat nodig is.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik heb een vraag aan de heer Van Dijk over een voorstel dat ik heb gedaan. In Italië wordt bijvoorbeeld al gewerkt met een systeem waarbij de industrie 5% van de promotiekosten moet afdragen en in een fonds moet storten voor onafhankelijk klinisch onderzoek. Hoe staat de PvdA daarin?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Dat vind ik een heel interessante gedachte. Er is namelijk eigenlijk wel iets raars aan de hand. Research and development, distributie en uiteindelijke verkoop zitten soms wel heel erg dicht bij elkaar. Het kan echt verstandiger zijn – juist als het gaat om toelating en beoordeling, want af en toe is het echt dubieus wat daar gebeurt – om dat er deels uit te halen en onafhankelijk te laten toetsen. Daar heb je een budget voor nodig. Ik vind het dus een heel interessante gedachte.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De PvdA en GroenLinks zijn het dus eens over het kiwimodel, over de Wet geneesmiddelenprijzen en dus ook over dit punt. Ik vind het weer een mooie dag voor de linkse samenwerking.

De heer **Rutte** (VVD):
Voorzitter. Ik krijg het woord na de fusieperikelen van GroenLinks en de PvdA. Dat is toch bijzonder, maar misschien loop ik te hard van stapel. We leven in een tijd waarin medische research die heel veelbetekenend leek, zijn verwachtingen inlost. Dat betekent dat er allerhande nieuwe geneesmiddelen op de markt komen met een heel specifieke en andersoortige werking. Vele patiënten wordt met deze biologicals en immunotherapie nieuw perspectief geboden. Denk bijvoorbeeld aan patiënten met longkanker. Dat was tot nu toe eigenlijk nauwelijks behandelbaar en nu is er perspectief. Deze nieuwe middelen zijn echter doorgaans ook peperduur. Bovendien weten we lang niet altijd bij wie de middelen werken en bij wie niet. Dat betekent – dat is eigenlijk een beetje het trieste dat zich hier voltrekt – dat hoewel er nieuw behandelperspectief is, eigenlijk de bezorgdheid overheerst en mensen zich juist afvragen of er straks nog wel behandeling is, of die niet te duur is en of zij er niet van worden uitgesloten. Hoe begrijpelijk dat ook is, dat is uiteindelijk precies het frame waar we uit weg moeten zien te komen. We moeten terechtkomen in een wereld waarin deze nieuwe kansen op een betaalbare manier beschikbaar komen voor de juiste patiënt.
Geneesmiddelen worden gemaakt door bedrijven, niet door overheden. Dat is het wereldwijde systeem zoals dat er is. Ik heb vandaag hier aan tafel veel mensen horen zeggen dat dat systeem anders moet. Het lijkt me echter lastig om het eenzijdig vanuit Nederland te veranderen. Er is namelijk nog nooit – dat moest zelfs de uiterste kritische professor Gøtzsche toegeven toen hij hier vorige week in de Kamer was en zonder nuance de farmaceutische industrie vergeleek met de maffia – een medicijn in een communistisch land ontwikkeld, terwijl communistische landen daar natuurlijk decennia de tijd voor hadden. Er zit dus ook iets in het model. Kennelijk heb je deze werking via bedrijven nodig om tot nieuwe geneesmiddelen te komen.

Tegelijkertijd kan de westerse wereld niet onbeperkt doorgaan met het financieren van het bedrijfsmodel zoals dat er nu is in de farmaceutische industrie, dat nog veel te vaak is gebaseerd op het zo lang mogelijk uitnutten van een monopoliepositie. Ik wil wel pleiten voor enige nuance. Er bestaat niet zoiets als dé farmaceutische industrie. Er zijn verschillende bedrijven die op verschillende manieren, de een heel maatschappelijk en de ander volstrekt onmaatschappelijk, aansturen op ontwikkeling en prijzen. Het is goed dat de goede er zijn. Met name de kwade moeten we aanpakken.

Gezien de grote uitdagingen waar we voor staan om geneesmiddelen, juist ook de nieuwe veelbelovende geneesmiddelen, zo breed mogelijk beschikbaar en betaalbaar te houden voor iedereen, steunt de VVD de brede medicijnvisie van de Minister waarmee zij hier langdurig invulling aan wil geven, zowel nationaal als internationaal. Die steun is van harte. Het is heel erg goed dat zij de handschoen oppakt met alle betrokkenen in dit speelveld. Ik sluit me wel aan bij de opmerking van mevrouw Dijkstra dat het verstandig is om dat echt met alle betrokkenen te doen, dus ook met de bedrijven zelf. Die zijn onderdeel van het probleem en ze moeten uiteindelijk ook onderdeel zijn van de oplossing.

Ik wil me in dit algemeen overleg met name richten op één punt. Ik wil dat even in perspectief plaatsen. Zoals velen weten, is mijn broer overleden aan nierkanker. In het jaar dat hij daarmee gediagnosticeerd werd, was er totaal geen behandeling voor hem. Die was er niet. We praten over negen jaar geleden. Hij heeft het geluk gehad, misschien omdat hij een jonge man was die voor de rest gezond was, dat hij mee kon doen aan twee medicijnonderzoeken, twee klinische trials. Beide trials hebben hem een enorm extra perspectief aan leven gegeven, zijn kwaliteit van leven enorm verbeterd. Daardoor heeft hij zijn dochter nog 2 jaar zien worden. Tegelijkertijd heeft hij daarmee een bijdrage kunnen leveren aan de geneesmiddelontwikkeling, waarschijnlijk ook wereldwijd.

De VVD ziet dat Nederland heel goed is in dit soort klinisch geneesmiddelenonderzoek en ziet tegelijkertijd dat dit soort onderzoek gaandeweg aan het wegvloeien is naar landen als Polen en Bulgarije, omdat daar sneller medisch-ethische toetsing kan plaatsvinden of omdat gewoon de kosten lager zijn. Waar het gaat om geneesmiddelenonderzoek bij niet comorbide jonge mannen is dat misschien ook wel de toekomst. Daar gaat het misschien ook wel om de laagte prijs. Juist bij deze nieuwe geneesmiddelen waarvan wij vaak in de praktijk zo weinig weten op het moment dat ze zijn goedgekeurd, zou het heel goed zijn om klinische trials te doen bij veel complexere patiënten. Complex begint al hij het feit dat je vrouwen zou willen includeren in studies, zodat je weet hoe middelen bij vrouwen werken.

Laten we vervolgens kijken naar de realiteit. De gemiddelde darmkankerpatiënt in Nederland is geen 35, maar 67. Dat is de gemiddelde darmkankerpatiënt. Een oncoloog die een nieuw middel voor darmkanker moet beoordelen in de praktijk, moet dat doen op basis van data van onderzoek op redelijk gezonde 30-jarige mannelijke patiënten. Hij moet die toepassen op de complexe patiënt van 74 jaar met diabetes, nierfalen en reuma. Dat zijn de keuzes waar we voor staan. De VVD pleit ervoor dat we in Nederland alle krachten bundelen om juist klinisch onderzoek te gaan doen bij complexe patiënten, zodat we voor het middel op de markt komt, inzicht krijgen in wat het nu echt in de praktijk doet. Dat zijn alle onderzoeken die we nu pas doen nadat een middel op de markt is gekomen. Wil de Minister zich inzetten voor het bundelen van de krachten in de academie, bij de farmaceutische industrie en bij patiëntenorganisaties om dit mede mogelijk te maken? Wil zij zich er ook Europees voor inzetten dat het EMA in zijn beoordeling of een middel op de markt kan komen, ook dit soort relevante data meeweegt? Ik bedoel dus niet alleen de data van die redelijke gezonde 30-jarige man, maar juist ook de data uit de praktijk met echte complexe patiënten.

De heer **Van Gerven** (SP):
In zijn interruptie op mijn inbreng had de heer Rutte het over het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Ik begrijp dat de VVD ook wel oren heeft naar herberekening daarvan. Zou het dan niet goed zijn om, ook omdat we zitten met het risico van bijbetaling, flankerend beleid uit te voeren, zoals het overhevelen van bepaalde groepen dure medicijnen naar intramuraal – dat zou daar een element van kunnen zijn – en aanscherping van de Wet geneesmiddelenprijzen, wat natuurlijk de bijbetalingen doet afnemen als die eventueel optreden?

De heer **Rutte** (VVD):
De interruptie was voor de heer Van Gerven zijn doen redelijk kort, maar hij stelt wel heel veel complexe vragen aan mij. Die houden deels verband met elkaar, want ze gaan allemaal over geneesmiddelen. Ik moet toch even wat tijd nemen om ze te beantwoorden. Wij zijn voorstander van herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Ik vind echter dat we dat misschien wel clustergewijs moeten doen om te voorkomen dat patiëntengroepen in één klap met grote bijbetalingen worden geconfronteerd. Als we stapsgewijs herberekenen en dat blijven doen, komen we volgens mij uiteindelijk uit waar de heer Van Gerven wil zijn. Als het schoksgewijs gebeurt, maak ik me er wat zorgen over. Misschien moeten we niet te roekeloos te werk gaan, maar stap voor stap en heel doelgericht.
De andere vraag van de heer Van Gerven gaat over, hoe heet het ook alweer, de WGP.

De **voorzitter**:
Misschien is het goed om niet in afkortingen te spreken. Dat helpt u ook.

De heer **Rutte** (VVD):
De Wet geneesmiddelenprijzen. De VVD heeft daar nog geen definitief oordeel over, maar ik kan me wel herinneren dat ik vier pagina's heel relevante vragen heb ingeleverd. Daar heb ik nog geen antwoord op gekregen. Ik wil echt de antwoorden even zien. Ik zal een voorbeeld geven. Iedereen zegt dat in Nederland de geneesmiddelen hartstikke duur zijn. Er is een onderzoek uit 2015 dat is gepubliceerd in The Lancet. Daarin staat wat in twintig ontwikkelde landen de prijs is van 31 kankermiddelen. Die staan gewoon in een tabel. Daaruit blijkt dat Nederland bij geen van die middelen de hoogste prijs heeft, geen enkel. De hoogste prijzen zie je in Zwitserland. Dat is de koploper, samen met Duitsland. Ook Australië, waar mensen net zo enthousiast over waren, zit in de top, net als Zweden. Aanpassing van de WGP leidt dus niet per definitie tot lagere prijzen. Dat is te simpel. Daarvoor is het veel te complex. We moeten niet zomaar van al dat soort aannames uitgaan. Als ik goede antwoorden krijg op mijn vragen, zullen we daarna zien wat we met de wet doen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Laten we wat betreft de Wet geneesmiddelenprijzen kijken naar bijvoorbeeld het Noorse systeem. Je breidt het referentiegebied uit tot tien landen en je pakt de drie landen met de laagste prijs. Dat heeft natuurlijk een dempend effect ten opzichte van het huidige systeem met vier referentielanden uit de omgeving. Dat levert minimaal 200 miljoen op, waarschijnlijk meer. Een ander element waarover ik het had, is het overhevelen van dure medicijnen naar intramuraal of intramurale preferenties. Daarmee stimuleer je ook het gebruik van biosimilars. Hoe kijkt de VVD daartegenaan? Dat zou ook een heel goede hefboom zijn om de prijzen naar beneden te krijgen.

De heer **Rutte** (VVD):

De VVD is bijna de uitvinder van het idee dat je middelen naar intramuraal zou moeten verplaatsen als ze echt duur en complex zijn. Daar zijn we niet tegen. Je moet wel iedere keer echt opnieuw kijken of het de juiste weg is voor een middel, maar in de basis vinden we dat een goede weg. We zijn ook niet tegen preventiebeleid intramuraal. Volgens mij zijn het vooral medische richtlijnen die het veel grootschaliger gebruik van biosimilars in de weg staan. Nu staat bijvoorbeeld in die richtlijnen dat een reumapatiënt die op een TNF-alfaremmer – zo heten die middelen nu eenmaal – middel A staat ingesteld niet tussentijds mag worden overgezet op middel B, een biosimilar. Als artsen bereid zijn om die richtlijn aan te pakken, zijn we in staat om met intramuraal preferentiebeleid te komen. Ik ben er dus niet tegen, maar je hebt er de medici bij nodig. Die moeten erin meegaan.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik wil nog een keer proberen om de heer Rutte te verleiden om mee te gaan met het voorstel van de heer Van Dijk. Hij trekt eigenlijk een rookgordijn op door te zeggen dat hij nog vier pagina's met vragen heeft gesteld. De maximumprijs voor geneesmiddelen wordt nu bepaald op basis van het gemiddelde van die prijzen in vijf omliggende landen. De heer Van Dijk zegt: maak daar nu tien landen van en baseer het op de goedkoopste drie landen. Zo besparen we 200 miljoen euro. Daar kun je als VVD toch eigenlijk niet tegen zijn?

De heer **Rutte** (VVD):
Als de wereld zo eenvoudig zou zijn, zijn wij daar niet tegen. Als straks, als onze vragen zijn beantwoord, blijkt dat het daadwerkelijk precies zo werkt, zonder allemaal nare bijwerkingen, kunnen wij daar wellicht voor stemmen. We hebben echt heel concrete vragen gesteld en daar wil ik antwoorden op hebben. Het geneesmiddelendossier is complex. Ik ben er echt altijd voor om het zinniger en zuiniger te doen. We zijn ook altijd voor preferentiebeleid geweest. Daar hebben we 1 miljard euro mee bespaard, al is dat niet al te populair. Ik zeg nu dus niet dat ik ertegen ben. Ik ga echt niet op voorhand, voordat ik de antwoorden op mijn vragen heb – die heb ik niet voor niets gesteld – zeggen: natuurlijk stem ik in met dat idee.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Voorzitter. Dankzij technologische en biomedische innovaties komen er steeds meer geneesmiddelen die voor patiënten een effectieve behandeling mogelijk maken. Het zijn middelen die genezing mogelijk maken of de kwaliteit van leven van chronisch zieke patiënten kunnen verbeteren. Het zijn medicijnen die ook steeds meer gepersonaliseerd zijn. Het is niet gek dat de samenleving vraagt om deze middelen snel toegankelijk te maken. Vaak zijn het medicijnen waarvoor geen alternatieven voorhanden zijn. Niemand wil schaarste of postcodefarmacie. Vanuit het uitgangspunt «zorg dichtbij als het kan», is het belangrijk dat ziekenhuizen toegang hebben tot medicijnen.
Voor de ChristenUnie staat voorop dat patiënten op het juiste moment toegang krijgen tot de medicijnen die nodig zijn. Aan de nieuwe medicijnen hangt echter ook een prijskaartje dat te veel leunt op de belangen van de farmaceutische industrie, waardoor de beschikbaarheid en betaalbaarheid ervan onder druk staan. Steeds vaker zien we dat ons huidige systeem daaraan onvoldoende richting kan geven. Mijn fractie is daarom ook zeer content met de geneesmiddelenvisie van de Minister. Ik loop een aantal punten langs.
De Minister wil ruimte scheppen voor innovaties en samenwerkingsverbanden om betaalbare geneesmiddelen te ontwikkelen. Uiteindelijk moet er zelfs een duurzame omslag in de sector komen. Dat klinkt goed. Is het echter niet heel ingewikkeld om ruimte te creëren in een markt waarin zo veel gevestigde belangen zijn? De Minister signaleert dat er aanvullende beschermingsconstructies zijn bovenop het octrooirecht. Zij wil hiervoor

aandacht vragen tijdens het Europese voorzitterschap. De ACM heeft capaciteit vrijgemaakt om de markt te volgen. Wat kunnen we hier concreet aan doen? Het lijkt erop dat er een gat in de Europese wetgeving zit. Is het Europese voorzitterschap niet dé kans om hiervoor een lans te breken, om het gat te dichten? Wat vindt de Minister van een Europees meldpunt waar men anoniem oneigenlijk gebruik van marktmacht kan melden?
Ook waar het gaat om de prijzen zoekt de Minister Europese samenwerking en dat is goed. Kan zij al aangeven hoe haar contacten binnen Europa verlopen? Een horizonscan, zowel nationaal als Europees, moet structureel inzicht geven in de nieuwe dure medicijnen die eraan komen. Hoe zorgt de Minister ervoor dat deze onafhankelijk en ook betrouwbaar is? We zien uit naar de verdere uitwerking van de sluisconstructie. Ik sluit me verder aan bij vragen van D66 en het CDA op dit punt, zodat ik ze niet hoef te herhalen.
Door onze informatietechnologie zijn patiënten goed op de hoogte van de ontwikkelingen rond nieuwe medicijnen. Soms is het dan ongemakkelijk dat medicijnen in het buitenland al verkrijgbaar zijn en in Nederland nog niet. Ik prefereer echter onze grote zorgvuldigheid. Er is wel vooruitgang te boeken, zoals bij de prijsproblemen rond weesgeneesmiddelen. Na introductie van een nieuw weesgeneesmiddel wordt de markt uitgebreid door een bredere indicatie voor het middel. In theorie zouden de prijzen dan kunnen dalen, maar ik hoor in de praktijk dat dit niet gebeurt. Hoe zit dat precies? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er meer ruimte komt voor de biosimilars? Op dit punt sluit ik me gemakshalve aan bij de vragen van de PvdA.
We hebben er al eerder over gesproken dat het zorgwekkend is dat uit de NZa-monitor blijkt dat een groot deel van de ziekenhuizen verwacht dat er in 2016 financiële knelpunten zijn ten aanzien van de dure geneesmiddelen. Een groot deel van de algemene ziekenhuizen voert behandelingen uit met oncologische weesgeneesmiddelen, maar heeft hiervoor geen contract. Deze situatie is niet lang houdbaar. Ziekenhuizen lopen een financieel risico, dat wordt afgewenteld op andere investeringen binnen het ziekenhuis die ook nodig zijn. Daarnaast verschillen de afspraken over oncologische weesgeneesmiddelen per zorgverzekeraar. Het beleid is daarom moeilijk uitvoerbaar. Hierdoor is er onduidelijkheid voor een kwetsbare groep patiënten. Ik ken uiteraard de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden waarin afspraken zijn gemaakt over overschrijding van de financiële kaders. Hoe kijkt de Minister aan tegen de dure geneesmiddelen bij ziekenhuizen in relatie tot het MBI (macrobeheersinstrument)?
Er komt een monitor om een actueel beeld te krijgen van de uitgaven aan dure geneesmiddelen. Ik heb begrepen dat de helft van de ziekenhuizen geen afspraken heeft gemaakt over monitoren. Hoe kan dat? In deze monitor moet ook het effect van de medicijnen worden meegenomen. Wil de Minister daarom ook patiëntenorganisaties erbij betrekken?
Mijn laatste punt betreft de apotheken, die zo belangrijk zijn voor gepast gebruik van medicijnen en therapietrouw. Het is onbegrijpelijk dat mensen steeds weer worden geconfronteerd met een tekort aan geneesmiddelen. Er is een meldplicht voor fabrikanten als zij een tekort zien aankomen. Werkt deze meldplicht wel? Houdt de Minister hier toezicht op en wordt hier follow-up aangegeven? De rol van zorgverzekeraars is hierbij erg belangrijk. Het uit het buitenland halen van geneesmiddelen is veel duurder dan het volgen van de normale route. Toch maakt de praktijk dat het niet anders kan. Is de Minister het met mijn fractie eens dat wanneer wordt gekozen voor middelen uit het buitenland als het niet anders kan, deze wel automatisch door zorgverzekeraars vergoed dienen te worden? De administratieve druk van zorgverzekeraars op apotheken is op dit punt echt te zwaar. Wat kan zij daaraan doen?

De **voorzitter**:

Hiermee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. De Minister heeft verzocht om een schorsing van een kwartier.

De vergadering wordt van 15.31 uur tot 15.48 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik stel de Kamerleden voor om een maximum van drie interrupties te hanteren, mits die interrupties kort en bondig zijn. Laten we dat met elkaar afspreken, want ik vind het belangrijk dat we een tweede termijn kunnen hebben.

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Ik zal mijn geneesmiddelenvisie hier niet herhalen, want die hebt u natuurlijk allemaal gelezen. Het is natuurlijk niet zo dat wij voordien niet actief waren op het punt van het geneesmiddelenbeleid. Laten we heel eerlijk zijn: de afgelopen jaren is dankzij het preferentiebeleid vanuit de vraagkant ongelooflijk veel druk uitgeoefend, waardoor de prijzen gedaald zijn. Ik heb hier veel debatten over het preferentiebeleid gehad. Verscheidene Kamerleden waren daar kritisch over, maar de vraag naar en het aanbod van een product op een markt moeten nu eenmaal met elkaar in evenwicht zijn. Ik heb begrepen dat sommige Kamerleden vinden dat dit in de geneesmiddelenvisie vaag is omschreven, maar dit betekent gewoon dat je macht en tegenmacht moet hebben om uiteindelijk een goede uitkomst te kunnen krijgen. Dat preferentiebeleid heeft bijzonder veel opgeleverd, doordat zorgverzekeraars selectief konden inkopen en daardoor een generiek middel konden voorschrijven als dat voldeed en een spécialité als het niet anders kon. We hebben ook een actief inkoopbeleid gezien van ziekenhuizen en verzekeraars voor intramurale dure geneesmiddelen. We zien ook toenemende aandacht van dokters voor gepast gebruik. Dokters worden steeds secuurder over wat helpt bij wie en wanneer zij wie wat voorschrijven.
Wij hebben dus een heel waardevol Nederlands systeem, maar dat neemt niet weg dat ik zorgen heb over de toekomst. Dat hebben wij vorig jaar gewisseld, toen wij in maart met elkaar over het geneesmiddelenbeleid spraken. De afgelopen jaren kwamen er heel vaak «me too»-middelen op de markt waarbij er geen sprake was van echte innovatie. Bij datgene wat nu op de markt komt en wat in de pijplijn zit, gaat het daadwerkelijk om geneesmiddelen waar ernstig zieke patiënten ontzettend veel aan hebben, ofwel omdat zij daarmee langer kunnen leven met kwaliteit van leven, ofwel omdat zij daar zelfs beter van kunnen worden. Dat is ongelooflijk goed nieuws voor patiënten die weer hoop en vooruitzicht krijgen. Daar moeten we heel blij mee zijn. Er is in al die laboratoria in de hele wereld heel hard aan die vindingen gewerkt. Daar ben ik iedereen die daar hard aan gewerkt heeft, zeer erkentelijk voor.
De keerzijde van het verhaal is dat deze specifieke medicijnen, die vaak voor een kleine groep patiënten zijn bedoeld, vaak een extreem hoge prijs hebben. Dat is niet alleen in Nederland het geval; dat is in de hele wereld zo. Dat komt gedeeltelijk doordat die medicijnen voor kleinere populaties worden ontwikkeld. Voor die kleinere populaties krijgen we dus geneesmiddelen die daadwerkelijk werken. Het komt echter ook doordat we te maken hebben met mondiaal opererende geneesmiddelenfabrikanten die het spel heel goed spelen. Ik wil wel voorkomen dat we iedereen over één kam scheren, want dat is onjuist. Er zijn geneesmiddelenfabrikanten die zeer redelijke prijzen vragen en er zijn geneesmiddelenfabrikanten die zeer hoge prijzen vragen. Daar zit dus veel differentiatie in.
Het punt is dat wij niet weten wat de opbouw van de kosten is. Je kunt niet beoordelen wat een redelijke prijs is als je niet weet wat de research- en developmentkosten zijn en wat de kosten zijn van mislukte geneesmiddelen, die uiteindelijk ook terug moeten worden verdiend. Je kunt dan

geen echt oordeel hebben over hoe reëel die prijzen zijn. Tegelijkertijd hebben we het over geneesmiddelen die, zoals ik al zei, een enorm verschil maken in het leven van mensen en die soms het verschil tussen leven en dood kunnen betekenen. We zijn dus met elkaar in een hoek komen te zitten waarin we eigenlijk niet willen zitten en niet moeten willen zitten. We moeten uit die hoek komen. Het kan niet de bedoeling zijn dat wij het systeem zoals dat nu werkt, daadwerkelijk voortzetten. Het moet echt anders. Wij moeten het roer echt omgooien als wij willen dat patiënten die die middelen nodig hebben, die middelen straks daadwerkelijk kunnen krijgen, zonder dat dit ten koste gaat van andere onderdelen van de gezondheidszorg. Je kunt een euro immers maar één keer uitgeven.
Dit is de aanleiding geweest om heel goed te bekijken wat voor systeem we nu hebben en of dat systeem duurzaam houdbaar en betaalbaar is. De geneesmiddelenvisie die ik naar de Kamer heb gestuurd, is daar een eerste antwoord op. Ik zeg helemaal niet dat alles wat je kunt bedenken, in die geneesmiddelenvisie staat. Dat zou ik een behoorlijke overschatting van mezelf vinden, want er zijn altijd goede ideeën waar je ineens tegen aanloopt en waarvan je denkt: hé, daar hebben we nog niet naar gekeken. De visie is echter wel een aanzet tot beleidsverandering. Als er weer nieuwe ideeën zijn, moeten we er altijd voor openstaan om te bekijken hoe we het nog beter kunnen doen.
De aanpak is nationaal en internationaal en voor de korte termijn en voor de langere termijn. De aanpak is dus complex, want het gaat niet om het nemen van een maatregel waarmee het probleem direct is opgelost. Ik denk niet dat iemand die illusie zou moeten hebben, want het is een heel complex probleem en het beweegt zich ook op verschillende niveaus. Met de nationale en internationale aanpak voor de korte termijn en de langere termijn zijn wij eigenlijk al bezig, want het voorzitterschap is begonnen. Enkele woordvoerders vroegen wat het voorzitterschap heeft opgeleverd. Behalve dat we een aantal bijeenkomsten over geneesmiddelen hebben gehad en over veertien dagen weer zo'n bijeenkomst zullen hebben, hebben we aanstaande maandag natuurlijk ook de informele Raad. Dat is het eerste beraad op politiek niveau. Dat is dus het eerste beraad waarin sprake kan zijn van een beter beeld. Afgezien van de bilaterale gesprekken die ik heb gehad – ik ben naar verschillende collega's gegaan om te bekijken in hoeverre we elkaar kunnen versterken – is dat het eerste politieke moment waarop we met elkaar gaan bekijken waar we staan.
Ik heb uitgebreid aangegeven waar ik op inzet. Dat is dus bekend: ik zet in op transparantie en op samenwerking. Die samenwerking kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Iedereen die wil samenwerken, is van harte welkom. Sommige landen zullen zeggen dat zij mee willen doen met de horizonscan en met informatie-uitwisseling. Wij stellen onder andere voor om een analyse te doen. Andere landen willen misschien wel meer informatie delen over onderhandelingen die zijn gevoerd en over de transparantie van prijzen. Gelukkig zijn er ook landen die de laatste stap ook willen zetten en die willen bekijken of we samen kunnen onderhandelen. Hoe breed zal dat zijn? Ik moet de verwachtingen daarover temperen, want ik denk dat veel landen de kat uit de boom zullen kijken. Maar goed, wij werken er hard aan om dit goed te inventariseren, maar ook om dit op poten zetten, want je moet uiteindelijk ook beginnen.
De regelgeving is het tweede onderwerp waaraan we in Europees verband werken. Ook op dat punt zouden we een aantal dingen kunnen aanpassen. Wij stellen onder andere voor om een analyse te doen. Wij hebben aanvullende beschermingsconstructies op de Europese markt gezet, die zijn bedoeld voor weesgeneesmiddelen, geneesmiddelen voor zeer kleine groepen en zeldzame ziektes. Op dat punt kwam geen innovatie tot stand. Door verlenging van het patent, data-exclusiviteit et cetera te geven, zijn er wel innovaties op de markt gekomen. Je ziet ook dat indicaties geknipt worden, waardoor meer geneesmiddelen onder die

aanvullende beschermingsconstructies vallen. Enerzijds stimuleert dit dus innovatie, maar anderzijds belemmert dit innovatie. Wij willen op dat niveau dus een analyse maken van het daadwerkelijke effect van de regels die wij op Europees niveau hebben gemaakt: hoe zouden we die regels slimmer kunnen maken, zodat we krijgen wat we willen hebben, maar niet waar we niet op zitten te wachten? Dat traject loopt. Het zal niemand verbazen dat ik daar nog niet echt een conclusie uit kan trekken, maar dit is een van onze topprioriteiten. «Topprioriteiten» is een beetje dubbelop; dit is een van de prioriteiten van het voorzitterschap. Ik hoor «topprioriteiten» heel vaak; die term heb ik inmiddels ook overgenomen. Het klinkt ook wel heel erg «top».
Wij kunnen natuurlijk tegen elkaar zeggen: daar is de vijand; dat is de industrie. Wij hebben gisteren een hele toespraak gehad over witte wolven en zwarte wolven. Dan zouden wij dus de witte wolven zijn en zou de industrie de zwarte wolf zijn; zo zouden we dan tegenover elkaar staan. Dat klinkt heel overzichtelijk, maar ik denk dat je in die verdeling niet echt verder komt met elkaar. We weten dat staatsbedrijven de innovaties niet zelf van de grond kunnen krijgen. Wij hebben het zelf met het NFI (Nederlands Forensisch Instituut) geprobeerd. Daar moesten we per jaar zo veel op toeleggen en er werd zo weinig nieuws ontdekt dat ik denk dat staten daar minder goed toe in staat zijn. Je hebt de farmaceutische industrie nodig om innovatie van de grond te krijgen. Tegelijkertijd moet heel helder zijn dat het systeem dat wij nu hebben, niet verder kan. Daarom organiseer ik op 19 mei in Nederland een rondetafel. Met de industrieën die ook zien dat het huidige systeem onhoudbaar is en met een aantal collega's zullen wij daarbij bekijken met welke businessmodellen we onze verantwoordelijkheden kunnen dragen én een duurzamere geneesmiddelenvoorziening kunnen krijgen, ook van heel belangrijke geneesmiddelen. Ook dat is belangrijk: wie denken er binnen die gemeenschap mee om te bekijken hoe je daadwerkelijk stappen kunt zetten om verder te komen?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
De Minister is met de activiteiten die er allemaal gaan komen, inmiddels aanbeland bij half mei. Ik heb echter begrepen dat er ook een proces gaande is in het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie, waarbij ook wordt gesproken over research en development en over de vraag of er op dat punt een verdrag zou moeten komen. Daarbij zouden Europa en dus juist deze Minister een belangrijke rol kunnen spelen. Gaat de Minister daar nog op in? Komt dat nog aan de orde?

Minister **Schippers**:
Dat is ook in mei; uit mijn hoofd zeg ik: 23, 24 mei of zoiets; volgens mij is het in de derde week van mei. Ik ga daar zelf naartoe om actief te bekijken hoe we dingen verder in gang kunnen zetten, versnellen en van de grond krijgen. Ook op dat punt zijn wij dus actief.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik neem aan dat de Minister bedoelt dat het doel daarvan is om te komen tot zo'n verdrag over research en development.

Minister **Schippers**:
Er zijn heel veel gesprekken in het kader van de WHO (World Health Organization), ook over geneesmiddelen. Wij bekijken hoe we daarbij coalities kunnen sluiten om stappen vooruit te zetten. Onze eerste partners zijn overigens op Europees niveau. Ook daar is het al heel moeilijk en op wereldniveau is het natuurlijk niet eenvoudiger, maar ik heb de afgelopen maanden ook gesproken met mijn Amerikaanse collega en met andere collega's buiten Europa, want wij hebben allemaal dezelfde problemen. Het punt is dat de oplossingen hier en daar wel wat uit elkaar

liggen. We moeten elkaar dus zien te vinden om de oplossingen te bundelen en om de stappen die gezet kunnen worden, alvast met elkaar te zetten in plaats van dat we wachten totdat het allerlaatste land het ermee eens is. Dat doen wij ook op Europees niveau. Ik wil graag van start gaan met de landen die dat ook willen, want anders gaan we heel lang op elkaar zitten wachten. Ik denk echt dat er iets moet gebeuren. Dat geldt overigens niet alleen voor het Europese niveau, maar ook voor het nationale niveau. Het Ministerie van VWS doet een aantal onderhandelingen over heel dure intramurale geneesmiddelen met een groot kostenbeslag, die ik eerst in de sluis plaats.
Enkele woordvoerders verwezen naar het onderzoek waarbij Nederland als duurste land uit de bus komt. Daarbij gaat het niet zozeer om de dingen waarover wij onderhandelen. Dat weet niemand; dat is ook een beetje het probleem. In dat onderzoek zijn de ziekenhuizen op een rijtje gezet. Daaruit blijkt dat wij vaak hoog in de lijsten staan en dus veel betalen. In de visie heb ik aangegeven dat wij een expertisecentrum willen oprichten om ziekenhuizen en verzekeraars te helpen met onderhandelen, gezamenlijk onderhandelen en krachten bundelen om ook op dat punt in een redelijke range te komen met wat je betaalt voor de geneesmiddelen.
Mevrouw Dijkstra vroeg of ik dit in de tijd kan zetten: wanneer ga ik wat doen? Dat zal ik doen, want dat is goed. Dan kunnen we elkaar daar scherp op houden, want de visie kun je nooit in één keer realiseren. Er zitten immers zaken in voor de korte en voor de lange termijn en er zitten Europese en nationale dingen in. Ik kom hiermee dus naar de Kamer. Daarbij zal ik aangeven wat alle maatregelen uit de visie zijn, wat het tijdpad is, wanneer de Kamer daarvan hoort en wie er primair aan de lat staat. Ook dat laatste vind ik een heel goede suggestie, want anders is iedereen – dus niemand – verantwoordelijk en dan komt er nooit iets van. Ik zal dus een actietijdpad, met daarbij de trekkers, naar de Kamer sturen.
Ik ben nu natuurlijk de hele opbouw kwijt van de inleiding, die zo netjes op een rij was gezet. Ik denk dat ik die gewoon maar oversla. De Kamerleden hebben dat toch allemaal al gelezen. Citeren uit eigen werk is altijd leuk, maar als ik dit voorlees, ben ik nog wel even bezig. Ik wil nog wel zeggen dat onze visie ook heel erg ingaat op gepast gebruik, in verschillende opzichten. Als een geneesmiddel dat voor tien patiënten wordt voorgeschreven en dat voor twee patiënten echt werkt, behoorlijk duur is, betekent dit dat acht patiënten dat geneesmiddel tegen hoge kosten slikken terwijl dat geneesmiddel voor hen niet werkt en dat die patiënten wel de bijwerkingen hebben. Dat moeten we echt zien te voorkomen. Daarom heb ik een programma opgezet om extra te investeren in testen waarmee je vooraf weet bij wie het geneesmiddel wel gaat werken en bij wie niet. Op dat punt lopen er ongelooflijk veel initiatieven in het land, ook bij de farmaceutische industrie. Wij willen dit heel scherp op een rij hebben, zodat er veel selectiever voorgeschreven gaat worden. Ook dat gepaste gebruik is ongelooflijk belangrijk.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Misschien wilde de Minister dit meenemen in de verdere beantwoording, maar ik heb hiernaar gevraagd en ik heb daarbij het belang van de diagnostiek, de nazorg en de monitoring benadrukt. Het Zorginstituut krijgt echter niet altijd toegang tot de data die juist heel relevant zijn voor de beoordeling. Wat kan de Minister daaraan doen?

Minister **Schippers**:
Als het Zorginstituut beoordeelt of een medicijn therapeutische meerwaarde heeft, krijgt het daarvoor natuurlijk wel de gegevens van de farmaceutische industrie. Als het Zorginstituut moet besluiten over voorwaardelijke toelating, worden bij die voorwaardelijke toelating afspraken gemaakt over wat er moet worden opgeleverd, opdat men na twee, drie of vier jaar de therapeutische meerwaarde en de kosteneffecti-

viteit kan beoordelen. Terwijl we dat in de rest van de zorg eigenlijk veel minder geregeld hebben, hebben we dit bij de extramurale geneesmiddelen echt veel strakker geregeld.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik kwam op die vraag omdat ik in een artikel las dat het Zorginstituut zelf aangeeft dat de toegang tot data uit de registers niet altijd goed geregeld is. Het commerciële belang van de bedrijven en soms de publicatiebelangen van universiteiten leiden er bijvoorbeeld weleens toe dat het Zorginstituut data pas later mag inzien dan het zou willen. Dat is vreemd, want uiteindelijk worden de geneesmiddelen betaald met publieke middelen en verzekeringsgeld. Vandaar mijn vraag. De Minister zegt eigenlijk dat dit niet aan de orde is, maar ik lees van de heer Van de Graaff iets anders.

Minister **Schippers**:
Mijn antwoord gold eigenlijk in het algemeen. Voor de beoordeling door het Zorginstituut zijn gegevens over de therapeutische meerwaarde en de kosteneffectiviteit van belang. Op die punten hadden we soms overigens ook problemen met de toelating. Vooral bij voorwaardelijke toelating was het niet helemaal scherp geregeld. Dat hebben we inmiddels beter geregeld, hoop ik. We zitten daar in ieder geval veel meer bovenop. Conform de geneesmiddelenvisie komen wij overigens met een actieplan voor gepast gebruik. Toegang tot registraties is een onderdeel van dat actieplan.

De **voorzitter**:
Ik zie dat het antwoord niet helemaal duidelijk is. Heel kort, mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
De Minister zegt dat dit een onderdeel is van dat actieplan. Betekent dit dat dit probleem dan is opgelost?

Minister **Schippers**:
Toegang en financiering van die registraties maken daar onderdeel van uit. Dan vraagt u wanneer ik met dat actieplan kom. In het najaar. Daarmee zou dit probleem opgelost moeten zijn, want het actieplan is niet alleen van ons; dat maken we natuurlijk met alle betrokken partijen die hier een rol in spelen.
Ik heb nu alles door elkaar liggen, maar als het goed is, ligt het wel op onderwerp. Ik begin met de tekorten van geneesmiddelen. Daar hebben we al een tijd de focus op gericht, want daarvoor is een werkgroep opgericht. Die werkgroep is meerdere keren bij elkaar gekomen. Wat daar eigenlijk een beetje aan mankeerde, was dat er, als er iets gebeurde met tekorten, een soort doorverwijzing op gang kwam: nee, het is niet mijn schuld; het is hun schuld. Dat wil je niet. Ook naar aanleiding van een gesprek dat ik hier in de Kamer heb gehad, volgens mij in een algemeen overleg, heb ik die werkgroep wederom bij elkaar geroepen; ik had de Kamer toegezegd dat ik dat zou doen. Ik heb met de werkgroep afgesproken dat wij echt een strak plan maken. Daarbij is het heel belangrijk – dat gebeurt dus ook – dat iedereen de eigen verantwoordelijkheden waarmaakt op basis van: wat moet er gebeuren, binnen welke periode moet dat gebeuren en wie staat daarvoor aan de lat? Daarbij is ook de groothandel een partij. Ook de groothandel is dus gevraagd om te kijken naar de eigen verantwoordelijkheid en naar wat er binnen welke termijn wordt afgesproken. Ik heb de Kamer toegezegd dat ik voor de zomer een brief zal sturen waarin ik de resultaten van die werkgroep zal vermelden. In die brief zal ik dus onder andere op de groothandel

terugkomen, maar ook op andere betrokken partijen. Iedere partij staat daarbij aan de lat voor een deel van wat er moet gebeuren.
Er is enkele keren gevraagd naar de lijst. Volgens mij heb ik daar ook schriftelijke vragen over gekregen. Ook die lijst is in de genoemde werkgroep besproken. Over de lijst wordt, ook in de Kamer, verschillend gedacht. Als je zo'n lijst aanlegt van geneesmiddelen die voor patiënten van levensbelang zijn, is dat een enorm lange lijst, want we hebben in Nederland nogal wat patiënten met uiteenlopende geneesmiddelen die in aanmerking komen voor een plaats op die lijst. Dat betekent dat je te maken hebt met een heel lange lijst en niet met een statische lijst, want het verandert nogal wat er op zo'n lijst moet staan. Dat betekent dat de lijst voortdurend bijgewerkt zal moeten worden. Dan heb je het over behoorlijke kosten.
Wij kennen in Nederland geen bevoegdheid van de Minister om een bevoorradingsplicht op te leggen. Groothandelaren en zorgverzekeraars hebben zelf een zorgplicht. Vanuit die zorgplicht hebben zij hun verantwoordelijkheden waar te maken, maar ik kan vanuit mijn bevoegdheden geen bevoorradingsplicht opleggen. Het aanhouden van die voorraden heeft overigens ook een prijs, maar dat is evident. Als je zegt dat men grotere voorraden moet aanhouden, zal de prijs omhooggaan. Dat zal ook verdisconteerd worden in de prijs die uiteindelijk voor die geneesmiddelen betaald zal moeten worden. Ik denk dat wij uiteindelijk een systeem moeten hebben waarin wij, als er iets misgaat, elkaar heel snel informeren en heel snel met elkaar zoeken naar oplossingen. Het is geen verrassing – want dat heb ik al eerder aangegeven – dat ik niet kies voor de optie van de kritische lijst.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik vind het fijn dat de Minister aangeeft dat zij nu echt van de Werkgroep Geneesmiddelentekorten eist dat die met resultaten komt. Die werkgroep is de afgelopen tweeënhalf jaar eigenlijk alleen maar aan het praten geweest. Het is net een zwart gat, een Bermudadriehoek. Er is van alles besproken, maar er is tot nu toe niets uit gekomen, terwijl het probleem van de geneesmiddelentekorten in de afgelopen jaren alleen maar groter is geworden. Ik heb een concrete vraag over de lijst van kritische geneesmiddelen. Ik weet dat de Minister daar geen voorstander van is, maar het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen zei afgelopen week dat er misschien toch moet worden onderzocht of die lijst een optie is. Wil de Minister de groep van hoogleraren, artsen en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen toch nog eens vragen hoe zij hiertegen aankijken?

Minister **Schippers**:
De grotere tekorten zijn een wereldwijd probleem. Dat is dus geen nationaal probleem; het hangt niet samen met hoe wij het hier aanpakken. Tekorten hebben vaak te maken met grondstoffenproblemen in een land waar een fabriek staat en waar de productie niet goed verloopt omdat men de grondstoffen dan niet heeft. Laatst hebben we ook gezien dat productiecapaciteit werd verplaatst van het ene naar het andere land, waar dingen vervolgens niet goed liepen. Tekorten zijn dus wereldwijd een probleem en we proberen daar wereldwijd oplossingen voor te vinden. In de werkgroep zelf is de lijst meerdere malen besproken. Tot nu toe waren de argumenten ertegen zwaarder dan de argumenten ervoor. Wij hebben tegen iedereen gezegd: als u argumenten hebt die nog niet voor het voetlicht zijn gebracht, laat ons dat dan weten. Die uitnodiging voor de werkgroepleden staat. Als wij in de volgende vergadering argumenten horen die wij nog niet hebben gehoord en die onze mening veranderen, is ons standpunt niet in beton gegoten. We moeten echter wel steeds de afweging maken of de voordelen van zo'n lijst opwegen tegen de nadelen en in hoeverre je bezig bent met een schijnoplossing.

Als er op basis van de genoemde uitnodiging om nieuwe argumenten aan te dragen, nieuwe argumenten komen die wij nog niet hebben gehoord, zullen we daar uiteraard heel goed naar luisteren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik vind het positief dat de Minister ervoor openstaat om de lijst van kritieke geneesmiddelen toch nog eens te bezien als er goede argumenten komen. Mijn vervolgvraag gaat over de rol van de groothandels. Daar hebben we het de afgelopen tijd eigenlijk nog helemaal niet over gehad, terwijl we wel signalen krijgen dat ook daar knelpunten liggen. De Minister zegt dat de groothandels naar zichzelf moeten kijken, maar dat is soms best lastig, want je ziet je eigen gebreken niet altijd goed. Hoe zorgt de Minister ervoor dat de groothandels in dat «self assessment» toch op de knelpunten komen die anderen aangeven?

Minister **Schippers**:
Dat is geen vrijblijvende exercitie. We hebben in de werkgroep iedereen rond de tafel zitten. Daar is besproken wat er allemaal nodig is om beter om te kunnen gaan met de bestaande tekorten en sneller daarop te kunnen reageren. Daarvoor is een lijst van acties gemaakt. Iedereen moet laten weten hoe en wanneer hij die acties daadwerkelijk uitvoert. Het is dus niet zo dat iedereen zelf mag weten wat hij doet. Dat lijkt mij heel onverstandig. Wij hebben op dat punt allemaal verantwoordelijkheden. Als die acties allemaal terugkomen, bekijken we of we die acties voldoende vinden, of we de afgesproken periode strak genoeg vinden en of er nog meer nodig is. Groothandels zijn bijvoorbeeld aan de slag gegaan met het maken van richtlijnen. Dat is al heel belangrijk, maar uiteindelijk komt alles weer bij elkaar. Dan bekijken we of het genoeg is of dat er nog een schepje bovenop moet.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik borduur voort op de geneesmiddelentekorten en op de vraag van mevrouw Bruins Slot over de rol van de groothandels. Die groothandels zijn op basis van artikel 36 van de Geneesmiddelenwet verplicht om over een zodanig assortiment en een zodanige voorraad van geneesmiddelen te beschikken dat zij snel kunnen voldoen aan de vraag naar geneesmiddelen van degenen die bevoegd zijn om geneesmiddelen ter hand te stellen. Zij hebben dus gewoon een wettelijke verplichting om dat te doen. Wordt hier voldoende op gehandhaafd, bijvoorbeeld door de IGZ? Zou dat niet strakker kunnen, mogelijkerwijs ook met boetes? Ik snap de opmerking van de Minister over internationale tekorten, maar volgens mij zijn er ook heel vaak situaties waarin er gewoon te kleine voorraden zijn. Dat is dus verwijtbaar.

Minister **Schippers**:
Ja, de groothandels hebben die verantwoordelijkheid. Er bestaan natuurlijk knelpunten. Daar kunnen allerlei oorzaken voor zijn; ook overmacht kan een oorzaak zijn. Nog niet lang geleden hebben we hier een AO gehad over een situatie waarin een hele productie uitviel. In zo'n situatie kan een groothandel zeggen dat er nog wel voorraden zijn maar dat die op een gegeven moment op zijn voordat de productie weer is opgestart. Dan hebben we toch een probleem. De door de werkgroep opgestelde actielijst geeft echter natuurlijk wel aan dat iedereen zijn verantwoordelijkheden moet vervullen. Ook de groothandel moet dus zijn verantwoordelijkheden vervullen. De fabrikant heeft bijvoorbeeld een meldplicht als hij hier iets levert. Als het daarmee misgaat, moet hij op tijd bij de inspectie melden dat hij een probleem gaat krijgen. Zo heeft iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):

Dat is natuurlijk zo, maar er ligt hier gewoon een wettelijke plicht bij groothandels om een voorraad aan te leggen, simpelweg om daarmee de distributie te kunnen verzorgen. Nogmaals: met Thyrax was er inderdaad een uitzonderlijke situatie, maar in veel gevallen is er gewoon sprake van te weinig voorraden bij groothandels. Ik vraag de Minister niet om iedereen zijn verantwoordelijkheid te laten nemen, want dat moet iedereen al doen op basis van de wet. Is de Minister bereid om de IGZ daar scherper bovenop te zetten?

Minister **Schippers**:
Ja, de IGZ is de toezichthouder die daarbovenop moet zitten. Dat neemt niet weg dat we elkaar in de werkgroep diep in de ogen hebben gekeken en hebben gezegd: we zitten hier nu een tijdje over te vergaderen; nu wordt het tijd dat iedereen zijn of haar verantwoordelijkheden waarmaakt. Dat geldt ook voor de IGZ. De IGZ is nu ook voor het eerst gaan handhaven op een fabrikant die wel of niet – dat moeten we nog te weten komen – aan zijn meldplicht heeft voldaan. Wij doen het dus met elkaar, ook met de inspectie. Zij kent die lijst, die wij met elkaar aflopen om te bepalen hoe je de lijst operationaliseert. Soms staat er immers iets in een wettelijke tekst, maar het gaat ook om de operationalisering daarvan. Dat is iets wat we met elkaar afspreken. Ik heb toegezegd om de resultaten daarvan voor de zomer naar de Kamer te zenden, zodat de Kamer zelf mee kan kijken naar wat er in die werkgroep is afgesproken.
Werkt het meldpunt voor tekorten nu? Er zijn twee meldpunten. Het eerste meldpunt is van de IGZ en betreft onvoorziene tekorten. Daar moeten fabrikanten tekorten melden, ook als een tekort nog niet optreedt maar misschien verwacht wordt. Het meldpunt bij het CBG (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen) geldt voor voorziene tekorten. Fabrikanten hebben de wettelijke plicht om voorziene tekorten op tijd te melden. Op zich werken deze meldpunten goed, maar volgens mij werken de processen die er na het melden van een tekort voor moeten zorgen dat het tekort vervolgens wordt aangepakt, onvoldoende. Daarbij gaat het dus om de stap die daadwerkelijk op de melding volgt. Daarom zit ik daar nu bovenop.
We hadden het indirect al over Thyrax. De IGZ doet daar onderzoek naar, zoals ik de Kamer al heb aangegeven. Dat onderzoek bevindt zich in een afrondende fase. Voordat dat openbaar gemaakt kan worden, volgen alle procedures die daarmee samenhangen, met reactietermijnen et cetera. Wij verwachten dat het rapport binnen enkele weken publiek zal worden. Het onderzoek is gericht op het ophelderen en vastleggen van de feiten en omstandigheden die hebben geleid tot de tekorten, op het oordeel of een overtreding van de Geneesmiddelenwet heeft plaatsgevonden en, zo ja, op de vraag welk traject daar dan op volgt.
Ondanks het ongemak voor de patiënten door het overstappen konden bij Thyrax verschillende alternatieven geregeld worden bij andere fabrikanten, zodat er geen gat is ontstaan. De beschikbaarheid van die alternatieven was in deze casus een enorm voordeel. De patiënten zijn begonnen met de overstap naar andere producten. Met de patiëntenverenigingen zijn, zoals ik al eerder heb toegezegd, twee afspraken gemaakt. Ten eerste worden zij ondersteund om hun capaciteitsprobleem op te vangen dat samenhangt met de vele vragen die zij momenteel krijgen. Ten tweede komt er een onderzoek naar de effecten van de omzetting van Thyrax op de schildklierhormoonconcentratie in het bloed en op gezondheidsklachten van patiënten, ondersteund door VWS via top-downgelden van ZonMw onder leiding van een projectleider vanuit de beroepsgroepen.
Wat kunnen we in EU-verband doen? Kunnen wij daar een anoniem meldpunt inrichten? Er moet Europees worden samengewerkt en dat gebeurt ook. Dat hebben we overigens ook op het punt van Thyrax gezien. Zo heeft het European Medicines Agency een taskforce ingericht die zoekt

naar mogelijke oplossingen voor geneesmiddelentekorten door productie- of kwaliteitsproblemen. De IGZ en het CBG bespreken dit onderwerp in Europees verband. Aan de ene kant kijken zij naar oplossingsrichtingen via de GMP-richtlijnen (Good Manufacturing Practice-richtlijnen) door fabrikanten eisen op te gaan leggen om te komen tot een consistente productie. Aan de andere kant kijken zij naar het dossier dat ten grondslag ligt aan de handelsvergunning door aan die vergunning eisen te stellen die bijdragen aan het tegengaan van tekorten.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
De Minister ging zojuist in op een Europees meldpunt binnen de context van tekorten aan medicijnen, maar uit de brief van de Minister heb ik begrepen dat er ook wordt bekeken hoe nieuwe businessmodellen en initiatieven kunnen ontstaan binnen een markt die gedomineerd wordt door al gevestigde spelers. Ik kan mij voorstellen dat nieuwe initiatieven onvoldoende tot ontwikkeling komen, omdat de koek al verdeeld is. Zo'n meldpunt zou wellicht kunnen helpen om in kaart te krijgen welke belemmerende beschermingen van bestaande fabrikanten de komst van nieuwe toetreders tegenhouden. Wellicht is dit geen probleem. Dit is een suggestie. Als dit geen probleem is, trek ik mijn suggestie direct in, maar ik leg dit graag aan de Minister voor.

Minister **Schippers**:
Ik dacht dat u vroeg naar een anoniem meldpunt voor geneesmiddelentekorten op EU-niveau, maar u doelt dus eigenlijk op nieuwe businessmodellen. Het is ontzettend belangrijk om een analyse te hebben van de werking van de huidige systemen: hoe stimuleren zij innovatie – daarvoor zijn zij opgericht – en hoe belemmeren zij innovatie? Kijkend naar de huidige praktijk, vermoeden wij namelijk dat zij innovatie belemmeren. Onze inzet is dus dat er een analyse komt van de huidige regelgeving, zodat we de regelgeving op basis van die analyse kunnen aanpassen om innovatie makkelijker te maken.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Zo'n analyse is heel goed. Ik zou mij dus kunnen voorstellen dat er op dit moment initiatieven zijn die niet doorbreken omdat zij tegen die systemen aanlopen en dat er een plek komt waar die initiatieven zich kunnen melden. Dat is de achtergrond van mijn suggestie.

Minister **Schippers**:
Bij de komende Raad, dus aanstaande maandag, staat dit onderwerp op de agenda. Toen wij zelf de geneesmiddelenvisie schreven, hebben nieuwe partijen zich ook gemeld. Het is heel belangrijk dat zij zich melden, want dan kunnen wij bekijken wat er gebeurt, waar zij last van hebben, hoe wij kunnen helpen en waar de problemen liggen. Ik denk dus dat we het op dit punt gewoon met elkaar eens zijn.
Heeft het Zorginstituut Nederland te weinig capaciteit om de geneesmiddelen te beoordelen? Ik denk dat er sprake is van een misverstand, want wij beoordelen niet alle intramurale geneesmiddelen. Dat is ook nooit gebeurd; dat is nooit het systeem geweest. Ook in de rest van de geneeskunde vindt niet zo'n beoordeling plaats. Dit gebeurt wél bij alle extramurale geneesmiddelen. Op dat punt vindt altijd een pakkettoelating plaats, waarbij de therapeutische meerwaarde, de kosteneffectiviteit et cetera worden beoordeeld. Net als bij de rest van de geneeskundige zorg beoordeelt bij de intramurale geneesmiddelen in eerste instantie de verzekeraar of iets voldoet aan het pakketcriterium «stand van de wetenschap en praktijk». Die toetsing vindt dus daar plaats.
Wat doet het Zorginstituut wél ten aanzien van intramurale geneesmiddelen? Het Zorginstituut toetst risicogericht op basis van risico's voor de betaalbaarheid, de toegankelijkheid of de kwaliteit van het pakket.

Daarvoor kiest het Zorginstituut geneesmiddelen uit die het vervolgens op basis van die criteria beoordeelt. Daardoor is maatwerk per geneesmiddel nodig. Een aspect bij het identificeren van die risico's is de kostenprognose van het geneesmiddel. Het Zorginstituut hanteert daarvoor een grens van 2,5 miljoen euro. Bij middelen boven 2,5 miljoen vraagt het Zorginstituut een notificatie op bij de fabrikant. Op basis van die notificatie wordt bepaald of het middel in aanmerking moet komen voor een beoordeling. Dit systeem heeft overigens altijd al gegolden. Dit kan dus niet echt een verrassing zijn. Dit wil dus zeggen dat het Zorginstituut niet alleen geneesmiddelen boven de 25 miljoen beoordeelt. Nog niet lang geleden heeft het Zorginstituut twee oordelen gegeven: over Vimizim en Vectibix; geneesmiddelen hebben altijd bijzondere namen. Het ene geneesmiddel heeft een beslag van 5 miljoen per jaar en het andere van 14 miljoen per jaar. We moeten de dingen dus niet door elkaar halen. Het Zorginstituut hanteert een risicodrempel van 2,5 miljoen en er is een rapportagedrempel van 25 miljoen. Het Zorginstituut rapporteert dus boven de 25 miljoen. Daaronder is het mogelijk dat het Zorginstituut een oordeel heeft, maar daarover niet rapporteert.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het Zorginstituut heeft wel aangegeven dat het de ambitie heeft om alle geneesmiddelen tussen 2,5 miljoen euro en 25 miljoen euro te toetsen. Uit de lijst van getoetste geneesmiddelen blijkt dat het Zorginstituut naar het merendeel niet heeft gekeken. Dat vind ik opvallend. Kun je er dan blindelings van uitgaan dat al die middelen aan de randvoorwaarden voldoen?

Minister **Schippers**:
We moeten niet vergeten dat we een openpakketsysteem hebben. Daar is destijds bewust voor gekozen. Ik heb daar in die zin verandering in aangebracht dat ik heb gekozen voor de sluis, waarmee we voor intramurale geneesmiddelen ineens een toetredingsdrempel hebben. Vóór de sluis kwamen alle intramurale geneesmiddelen automatisch in het pakket. Het Zorginstituut beoordeelt jaarlijks in totaal meer dan 40 geneesmiddelen. Dat zijn heel veel GVS-beoordelingen. In verband met het openpakketsysteem beoordeelt het Zorginstituut een deel van de geneesmiddelen niet; die hoeft het ook niet te beoordelen. Als het Zorginstituut het risico van een geneesmiddel beperkt acht, beoordeelt het dat niet. Dat deed het Zorginstituut ook niet en dat was het ook niet van plan. Dan zou je echt overgaan naar een geslotenpakketsysteem, dat wij extramuraal wel hebben maar dat wij intramuraal nooit hebben gehad.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Die middelen gaan sowieso het pakket in, maar daarna toetst het Zorginstituut. Op pagina 18 van het rapport van het Zorginstituut staat: «Wij hebben voor deze geneesmiddelen een specifiek, risicogericht toetsingsbeleid ontwikkeld. Het komt er in het kort op neer dat wij een beoordelingstraject starten als de fabrikant voor het intramuraal/ specialistisch geneesmiddel een therapeutische meerwaarde claimt en er sprake is van een kostenbeslag van ten minste 2,5 miljoen euro. Wij beperken ons dan niet tot een duiding.» Dan gaat het Zorginstituut dan ook over tot toetsing. Daarom sloeg ik hierop aan. Van de lijst van de geneesmiddelen die onder die criteria vallen, blijkt het merendeel niet getoetst te worden. Dat vind ik apart. De Minister zet voor de extreem dure geneesmiddelen een slot op de deur, maar het lijkt erop dat dit een half slot is, want het Zorginstituut pakt dat aspect van het werk niet op, terwijl het dat wel opschrijft in de stukken die wij krijgen.

Minister **Schippers**:

Nee, het systeem werkt risicogericht, met een bepaalde drempel erin waaronder men niet toetst en waarboven men wel toetst. Daarnaast is er ook een drempel voor rapportage. Eigenlijk is het dus een getrapt systeem. Als je dat systeem zou willen omgooien, zou je de capaciteit van het Zorginstituut wel heel drastisch moeten uitbreiden. Dat hebben wij niet gedaan. Wij hebben wel, langzaam maar zeker, ook een aantal drempels voor toelating tot het pakket ingericht als wij een hoog risico en een groot kostenbeslag zien. Het is niet aan de orde dat het Zorginstituut Nederland nu anders of minder toetst, meer laat liggen of capaciteitstekorten heeft waardoor het dingen laat liggen. Het Zorginstituut toetst via een reguliere methodiek. Omdat ik dit in de krant las, heb ik dit nog even speciaal nagevraagd bij het Zorginstituut. Ik heb daarbij gezegd: jongens, als jullie capaciteitsproblemen hebben, hoor ik dat graag. Het Zorginstituut zei: nee, net zoals de inspectie risicogericht toezicht houdt, zo toetsen wij de binnenkomende intramurale geneesmiddelen risicogericht.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
De vraag die ik hierover heb gesteld, werd niet ingegeven door de gedachte dat dit ineens anders gebeurt. Je zou ook kunnen zeggen: als je vaststelt dat we een probleem hebben met de hoge prijzen voor geneesmiddelen, moet je veel beter gaan kijken naar wat er nu allemaal wel instroomt, zonder dat die hele beoordeling daarvoor wordt gedaan.

Minister **Schippers**:
Langzaam maar zeker maken we daar waar de hoogste risico's voor de premiebetaler zitten, een systeemswitch. Als je het open intramurale pakket wilt omzetten in een gesloten pakket, zoals bij de extramurale geneesmiddelen, ga je over op een totaal ander systeem. We focussen nu overigens op geneesmiddelen, maar ook aan bepaalde behandelingen die uiteindelijk niet hebben opgeleverd wat ervan werd verwacht – ik zal geen namen noemen – hebben we behoorlijk veel geld uitgegeven. Dat zijn heel dure behandelingen. Je zou dan dus een totaal ander pakketsysteem moeten hebben en dat vergt een enorme uitbreiding van het Zorginstituut. We doen dit bij deze geneesmiddelen eigenlijk op dezelfde manier als bij het toezicht van de inspectie, dat ook risicogestuurd is. Ik zou eerder denken: zouden we dit bij andere behandelingen juist niet à la geneesmiddelen moeten doen in plaats van dat we dit bij de geneesmiddelen verder uitbreiden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Heeft het Zorginstituut dan voldoende mogelijkheden om er met zijn oordeel voor te zorgen dat geneesmiddelen die inderdaad niet doen wat zij moeten doen, niet intramuraal gebruikt blijven worden? Of zegt de Minister dat dit expliciet aan de zorgverzekeraars is?

Minister **Schippers**:
Nee, maar we hebben wel «de stand van de wetenschap». In dat kader bekijken behandelaren of een medicijn doet wat het moet doen en schrijven zij datgene wat zij voorschrijven, bewust voor. Er zijn medicijnen die binnenkomen, maar er zijn ook medicijnen die al binnen zijn. Daarvoor hebben we een stringent pakketbeheer. We hebben daarvoor een heel nieuw systeem opgetuigd, waarin het Zorginstituut daadwerkelijk beoordeelt of de medicijnen die in het pakket zitten, wel doen wat wij willen dat zij doen. Daar is het Zorginstituut mee begonnen. Die rapporten kent de Kamer, want die komen periodiek uit. Voor de zomer krijgen wij de opbrengst daarvan in de vorm van wat er uit het pakket gaat; dat zijn de dingen die niet optimaal werken.
Mevrouw Dijkstra en de heer Van Dijk vroegen wat de voorwaarden zijn voor toelating en uitsluiting en of er een exitstrategie is. Wij melden de Kamer nu incidenteel geneesmiddelen die wij in de sluis doen, beoor-

delen et cetera. Dat willen wij structureel aanpakken. Daarvoor is nu een AMvB in de maak. Die zal voor de zomer worden voorgehangen bij de Tweede Kamer. In die AMvB willen wij de sluis structureel regelen, want dat hebben we nog niet gedaan en dat willen wij daadwerkelijk gaan doen. Als we dat voor de zomer gaan doen, kunnen we dat voor juli 2017 structureel laten ingaan in plaats van dat we dit, zoals nu, iedere keer incidenteel – dus per geneesmiddel – aankondigen. Het Zorginstituut brengt dan natuurlijk advies uit over een bepaald geneesmiddel. Daarbij kan het bijvoorbeeld aangeven dat het geneesmiddel wel therapeutische meerwaarde heeft, maar niet kosteneffectief is en dat er arrangementen zouden moeten worden gemaakt voor gepast gebruik. Dat zijn argumenten om een geneesmiddel in de sluis te zetten. Dat willen wij zo veel mogelijk parallel doen aan andere dingen die al lopen, zodat hiermee zo weinig mogelijk tijd verloren gaat. Hierover kom ik dus voor de zomer met een AMvB naar de Kamer.
Verscheidene woordvoerders hebben gevraagd naar de arrangementen. Zij zeiden: de Minister vraagt transparantie aan de sector over de kosten en over de bestedingen aan R&D en aan andere zaken, terwijl zij zelf geheime onderhandelingen voert; dat is niet echt een goed voorbeeld van transparantie. Daar ben ik het direct mee eens. Ik kan wel meteen zeggen dat ik, als ik dat niet doe, geen deal krijg, in ieder geval geen deal die ik nu kan sluiten. Het is op een gegeven moment het een of het ander.
De heer Van Gerven kondigde een motie aan. Ik zou zeggen: dien die motie in. Als die wordt aangenomen, kan ik mijn onderhandelingsbureau opheffen. Dan betalen we de prijs die gevraagd wordt of dan gaat het niet in het pakket, want dat zijn dan de enige overblijvende opties. Laten we daarover geen illusies hebben. Wij maken 1% à 2% van de wereldmarkt uit. Zo veel schade doet dat dus ook niet, maar dit zou wel betekenen dat je patiënten geen toegang hebben tot die geneesmiddelen. Die weg wil ik nu echt niet voor mijn rekening nemen. Als Nivolumab wordt afgekeurd door het Zorginstituut, wil ik niet zeggen dat ik mij niets van dat advies aantrek, dat ik gewoon betaal wat de fabrikant daarvoor vraagt en dat ik niet kan onderhandelen omdat ik de prijzen transparant moet maken. Ook ik zou een ideale wereld willen hebben, maar ik zal moeten roeien met de riemen die ik heb. Uiteindelijk weet ik wat die riemen zijn, namelijk niet doen wat wij tot een paar jaar geleden eigenlijk deden. Toen deden we die onderhandelingen niet en betaalden we wat er werd gevraagd. Nu doen we die onderhandelingen wel. Dat is niet transparant. Vind ik dit iets wat we moeten verkiezen? Nee, daarom dring ik er in Europees verband ontzettend op aan om in ieder geval ten opzichte van elkaar transparant te zijn. Ik weet immers niet wat andere landen betalen. Ik weet niet welke deals Frankrijk en Italië sluiten, want ook die landen zijn niet transparant. Zij hebben namelijk dezelfde clausule ondertekend. Vind ik dit met het oog op de transparantie vervelend? Ja, ik vind dit vervelend. Zou ik dit anders willen? Heel graag. Kan het anders? Nee, want dan heb ik gewoon geen deal. Wat dat betreft, is dit vrij simpel.
Binnenkort schrijf ik de Tweede Kamer een brief om aan te geven wat de onderhandelingen in 2014 cumulatief hebben opgeleverd, zodat de Kamer wel zicht heeft op wat het onderhandelen heeft opgeleverd, niet per geneesmiddel maar alles bij elkaar opgeteld over dat jaar. Daarover komt binnenkort dus een brief naar de Kamer. Mevrouw Bruins Slot vroeg of ik hierbij de intentie heb om samen te werken met het veld. Ja, die intentie heb ik. Ik heb ook zeker de intentie om de macro-effecten te delen met de verzekeraars, zodat we ook op dat punt alles kortsluiten. Dat is dus zeker waar. Is dit ongemakkelijk? Ja. Het liefst zou ik het de Kamer gewoon vertellen en in een brief opnemen, maar als de consequentie daarvan is dat er niets is, vind ik dat het dan maar op deze manier moet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Daarmee houd je jezelf natuurlijk wel gevangen en daarmee komt er geen oplossing. Ik hoor graag van de Minister wat zij dan wél kan doen om meer openheid af te dwingen. Of is zij bereid om in elk geval zorgverzekeraars meer inzage te geven in de onderhandelde prijs, zodat zij daarover goede afspraken kunnen maken met de ziekenhuizen? Zou dat dan in elk geval een oplossing zijn?

Minister **Schippers**:
Dat laatste heb ik net aangegeven: wij willen meer met zorgverzekeraars gaan delen. Wij zullen onze contracten daar dus meer op moeten baseren, want dat moet je dan wel doen. Mevrouw Voortman zegt dat de Minister geen oplossing heeft, maar ik vrees dat mevrouw Voortman ook geen oplossing heeft. Dat is het hele probleem. We kunnen wel zeggen dat we dit transparant doen en dat we dit in de krant zetten, maar dan heb ik dus geen deal. Dat is het ongeveer. Dan betaal je dus een hogere prijs of je patiënt heeft geen toegang. Heel veel andere modaliteiten zie ik niet, tenzij mevrouw Voortman betere suggesties heeft.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Ik vroeg de Minister of zij bereid is om voor de toekenning van onderzoekssubsidies niet alleen terugbetaling van de investering als voorwaarde te stellen, maar ook openheid over de prijsopbouw van het geneesmiddel. Dat lijkt mij een concreet voorbeeld. Daarop krijg ik graag een reactie van de Minister.

Minister **Schippers**:
Dat staat ook in de visie. Daarin heb ik aangegeven dat het, als wij een subsidie geven of als universiteiten bepaalde dingen ontwikkelen waaruit kleine biotechbedrijfjes ontstaan die uiteindelijk worden verkocht, bij mij als een graat in de keel zit dat er in Duitsland 1,1 miljoen per patiënt moet worden betaald voor zo'n geneesmiddel, dat hier op een universiteit is bedacht. In de geneesmiddelenvisie kunt u lezen dat je op dat punt verschillende opties kunt kiezen. Die zullen wij ook allemaal verkennen. Open data zijn een optie: als je iets op een universiteit ontwikkelt met publiek geld, kan iedereen daar zijn voordeel mee doen. In andere situaties is er de optie dat je wel met een fabrikant in zee gaat en dat er patent wordt aangevraagd, maar dat de kostenopbouw uiteraard wel inzichtelijk is en dat je ook andere terugverdienarrangementen overeenkomt. Ik heb hier in de geneesmiddelenvisie dus wel degelijk aandacht aan besteed.

De heer **Van Gerven** (SP):
De Minister zegt dat er eigenlijk maar één oplossing is, namelijk haar oplossing. Dan zijn we natuurlijk snel klaar. De Minister wil hier niet aan. Het probleem is dat wij niet weten wat de Minister heeft uitonderhandeld. De samenleving, die wij als parlement representeren, kan niet controleren wat de Minister heeft uitonderhandeld. Wij weten niets over de prijzen. Wij moeten dat allemaal maar geloven. Misschien komt het over een aantal jaren naar buiten. Dat is toch onbestaanbaar, in de wetenschap dat de farmaceutische industrie de hoofdprijs vraagt? Wordt er in Europees verband nagedacht over hoe er een einde kan worden gemaakt aan de idiotie dat de onderhandelde prijs niet openbaar is?

Minister **Schippers**:
Ten eerste ben ik cumulatief wél transparant, want ik ga de Kamer een brief sturen over wat wij in 2014 hebben bespaard. Dat zal ik over ieder jaar gaan doen. Uiteindelijk zal ik de Kamer dus uiteraard informeren over wat dit, alles bij elkaar, oplevert. De heer Van Gerven zegt dat ik één oplossing heb, namelijk mijn oplossing. Ik houd mij zeer aanbevolen voor andere oplossingen. Als de heer Van Gerven een veel slimmere oplossing

heeft, houd ik mij daarvoor aanbevolen. De heer Van Gerven vraagt hoe andere landen hierin zitten. In het kader van de geneesmiddelenvisie proberen wij samen te werken met de landen die hier op dezelfde manier in staan. Ik heb al aangegeven dat de andere 27 landen niet allemaal staan te dringen om mee te doen, maar we werken al samen met België en Luxemburg. We hebben dus een dilemma: gaan we wachten totdat alle landen meedoen of gaan we gewoon van start met de landen die mee willen doen? Wij kiezen voor dat laatste: wij gaan van start met de landen die mee willen doen. Daarbij gaat het in eerste instantie natuurlijk om het uitwisselen van informatie en de horizonscan. De volgende stap is natuurlijk transparant zijn over wat je betaalt, dat met elkaar delen en gezamenlijk onderhandelen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Je mag het wel met elkaar delen, maar niet met het parlement. Dat vind ik raar. Er zijn ook andere elementen. We kennen de discussie over peperdure weesgeneesmiddelen. Daar wordt een indicatie bij verzonnen, zodat het volume stijgt. Wij weten ook niets van de prijsvolumeafspraken enzovoorts. Het is dus één grote black box, omdat wij toestaan dat Big Pharma die prijzen niet openbaar maakt. Dat is zeer ondemocratisch en niet aanvaardbaar. Kan de Minister toch niet méér transparantie bewerkstelligen, zodat wij onze taak kunnen uitvoeren, met natuurlijk als effect dat medicijnen beschikbaar blijven voor een redelijke prijs?

Minister **Schippers**:
Wat stelt de heer Van Gerven nu voor? Als een fabrikant het prima vindt om mij korting te geven en dat ik die korting in de krant zet, doen we dat. Het punt is dat dat niet gebeurt en dat ook andere landen helemaal niet delen wat zij afspreken. Ik weet het van geen enkel land en geen enkel land weet dat van Nederland.

De heer **Van Gerven** (SP):
U deelt het toch?

Minister **Schippers**:
Wij delen niets en zij delen niets. Mijn vraag aan andere landen is of wij in de toekomst niet contracten moeten sluiten waarin staat dat wij de informatie delen met landen die de informatie ook met ons delen. Dat moet je dan wel contractueel opnemen. Ik deel nu met helemaal niemand iets, maar helaas deelt ook niemand iets met mij. Ik zou het heel prettig vinden om meer samenwerking te krijgen, zodat we andere contracten gaan sluiten. Ik ga nu geen contract sluiten waarin staat dat ik de informatie met iedereen ga delen, want dan krijg ik een slechte prijs en de andere landen, die de informatie niet met mij delen, krijgen een goede prijs. Zo moeten we het niet doen. Ik ben het helemaal met de heer Van Gerven eens dat we dit eigenlijk niet zo zouden moeten willen, maar ik word hiertoe gedwongen. Ik vind dat het patiëntbelang dan uiteindelijk voorgaat, zodat de patiënt toegang heeft tot deze geneesmiddelen, waarvan het Zorginstituut Nederland mij adviseert om die niet op te nemen in het pakket. Die onderhandelingen hebben een groot nadeel voor de transparantie, maar door die onderhandelingen kunnen die geneesmiddelen wel in het pakket. Dat gaat bij mij boven alle andere oordelen, die ik ook heb.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Er is natuurlijk wel iets waanzinnigs aan de hand. De farmaceutische industrie verzint een prijs, waarvan de Minister soms zelf aangeeft dat die prijs vaak is wat de gek ervoor geeft. Vervolgens onderhandelt de farmaceutische industrie met allerlei landen apart. De enige die de prijs weet, is de farmaceutische industrie zelf. Wij doen daar nog aan mee ook.

Ik snap de overwegingen van de Minister best, maar in Duitsland wordt in het kader van de Krankenkassen uiteindelijk wel openbaar onderhandeld. Het kan dus wel. Waarom kan het daar wel en hier niet? En hoeveel landen heeft de Minister nodig om te zeggen dat zij daarmee afspraken gaat maken waarmee die transparantie wordt afgedwongen om uiteindelijk een voet tussen de deur te krijgen, zodat niet door de farmaceutische industrie wordt bepaald hoe het spel gespeeld wordt maar door de publieke belangen?

Minister **Schippers**:
We komen uit een periode waarin de overheid niet onderhandelde, maar gewoon betaalde of niet betaalde. Dat was de situatie. Andere landen onderhandelen al jaren en ondertekenen ook al jaren een geheimhoudingsclausule. Dan kun je twee dingen doen: je kunt daar niet aan meedoen omdat je dat verwerpelijk vindt óf je ziet in adviezen die een enorm kostenbeslag met zich meebrengen – één geneesmiddel voor 200 miljoen – aanleiding om een sluis in te voeren, zoals ik heb gedaan. Ik kan zo'n advies ook opvolgen en het geneesmiddel niet in het pakket opnemen omdat het geneesmiddel niet kosteneffectief is, maar dat is voor de desbetreffende patiënten een hard gelag. Je kunt dus wel zeggen dat het allemaal van de gekke is en je kunt wel vragen waarom ik daaraan meedoe, maar als ik daar niet aan meedoe, is dat op dit moment niet in het belang van de patiënten. Het is wél in hun belang dat ik daarbij niet heb gezegd: wij doen het zo en dat is het. Nee, wij proberen ook om de situatie met andere landen te veranderen. Dat is niet makkelijk, want wij zijn een van de 28 landen. Er zijn echter landen die het ermee eens zijn dat dit anders zou moeten en kunnen.
Wat de vergelijking met Duitsland betreft, wijs ik allereerst op het verschil in landsomvang en dus ook op het verschil in positie. De positie van Duitsland is daadwerkelijk anders dan de positie van Nederland. Daarnaast wijs ik erop dat de Duitsers heel transparant zijn over de openbare kortingen die zij bedingen, maar wij weten niet wat er daadwerkelijk betaald wordt, want de daaronder liggende kortingen kennen wij niet. Dat is precies mijn bezwaar tegen het initiatiefwetsvoorstel van de heer Van Dijk over de WGP (Wet geneesmiddelenprijzen): wij weten natuurlijk wat de openbare prijzen zijn, maar wij weten niet welke prijzen echt betaald worden. Je kunt in het kader van de WGP wel zeggen dat we het met tien landen gaan doen, maar ik denk dat de opbrengst sowieso ontzettend lastig te meten is, omdat het over brutoprijzen en niet over nettoprijzen gaat. Ook van Duitsland weten wij de nettoprijzen niet. De brutoprijzen zijn relatief hoog, maar ik geloof er niets van dat dat in Duitsland de nettoprijzen zijn; dat zijn zij natuurlijk ook niet.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
De Minister herhaalt eigenlijk haar antwoord op de vragen van de heer Van Gerven, maar in Duitsland kan dit wel. Mijn vraag was ook in hoeverre zij zich er, ook aanstaande maandag, in Europa voor inzet om die transparantie af te dwingen en hoeveel landen zij nodig heeft om die voet tussen de deur te krijgen. Wat de WGP betreft: wij vinden het in dit gebouw allemaal altijd ongelooflijk belangrijk welke waarde het Centraal Planbureau hecht aan doorrekeningen. Die zijn over het algemeen juist aan de voorzichtige kant, maar als het CPB één ding snoeihard heeft aangetoond, is dat dat een aanpassing van de WGP een besparing oplevert van minstens 200 miljoen. Waarom kiest de Minister ervoor om die 200 miljoen gewoon te laten liggen?

Minister **Schippers**:
Als ik dacht dat die 200 miljoen daar lag, had ik het anders gedaan. Er wordt hier gesproken over herberekening van het GVS, de Wet geneesmiddelenprijzen en de overheveling naar de ziekenhuizen. Er zitten

overigens natuurlijk ook dubbelingen in het GVS en de overheveling naar de ziekenhuizen. Je kunt alles natuurlijk dubbel rekenen, maar als je alles doet, moet je dat wel een beetje van elkaar af gaan trekken. Het kan zijn dat het Centraal Planbureau dit anders ziet, maar het gaat om de situatie in verschillende landen. Duitsland onderhandelt niet op landelijk niveau en zal zich dus niet aansluiten bij een initiatief van ons op Europees niveau, want in Duitsland onderhandelen de Krankenkassen; die doen dit dus zelf. Er is dus een openbare prijs, maar wij weten natuurlijk niet wat de Krankenkassen betalen.
De heer Van Dijk vraagt ook hoeveel landen er gaan meedoen. Dat zullen wij maandag weten. Ik denk overigens dat er sprake is van differentiatie in de samenwerking. Ik denk niet dat iedereen mee hoeft te doen met prijsonderhandeling om ook al aangehaakt te zijn op informatie-uitwisseling. Ik verwacht dat een vrij grote groep landen met ons meedoet om een platform te hebben waar we van alles met elkaar delen, dat uiteindelijk een beperkte groep landen echt samen gaat onderhandelen, dat een aantal landen zal bekijken hoe het gaat met die paar landen die onderhandelen en misschien vrij snel wil aanhaken als dat positief uitpakt en dat er ook een groep landen is die daar eigenlijk weinig voor voelt. Dat is mijn inschatting.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De doelstelling is gedeeld: wij willen allemaal dat wij een zo laag mogelijke prijs voor geneesmiddelen betalen, zodat we die maatschappelijk aan patiënten kunnen blijven geven. De sluis is natuurlijk een tijdelijke maatregel. Daarna, als het geneesmiddel uit de sluis gaat, moeten de zorgverzekeraars de onderhandelingen overnemen. Begrijp ik het goed dat de Minister er wel voor gaat zorgen dat de zorgverzekeraars uiteindelijk weten wat die korting is, zodat zij daarna de onderhandelingen goed kunnen voeren? Dat vind ik namelijk logisch, want anders betalen de zorgverzekeraars twee keer de prijs van de Minister en dan heeft de fabrikant uiteindelijk toch nog zijn geld binnengehaald.

Minister **Schippers**:
Nee, naar aanleiding van uw vraag die ik een tijdje geleden al heb beantwoord, heb ik al aangegeven dat wij in deze onderhandelingen de zorgverzekeraars aan het eind meer ruimte gaan geven voor samenwerking bij de uitwisseling van informatie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik vraag hierover door omdat de Minister nu meerdere middelen in de sluis gaat zetten. Dan is het gewoon prettig om te weten wat de concretisering is van de eerdere toezegging van de Minister. Er komen de komende vier jaar immers misschien niet altijd alternatieve middelen voor de middelen die in de sluis zitten. Daarom moeten de zorgverzekeraars goed in staat zijn om weer een lage prijs af te dwingen, zodat we de patiënten die middelen nog steeds kunnen blijven geven.

Minister **Schippers**:
Je hebt een onderhandeling waarmee een bepaald geneesmiddel in de sluis zit. Op een gegeven moment loopt de onderhandeling op haar einde. Dan is de afweging: ga je verlengen of ga je niet verlengen? Bij die afweging worden ook de verzekeraars betrokken in de zin van: verzekeraar, denk je dat je het zelf kunt of denk je dat je het niet zelf kunt? We opereren hierbij dus niet geheel solitair.

De heer **Rutte** (VVD):
We gaan nu wel heel erg de diepte in, maar dat is misschien nodig, want dit is een complex dossier. Een middel komt in de sluis en er vinden allerlei beoordelingen over plaats. Er wordt bekeken of het tot gepast

gebruik kan komen en of we tot een prijsarrangement kunnen komen. Een prijsarrangement kan vele vormen hebben. Ik begrijp waarom de Minister zegt dat dit niet altijd transparant kan, maar is zij in staat om in die onderhandelingen de producent, dus de farmaceut, ertoe aan te sporen om in ieder geval tot een arrangement te komen waarmee de prijs voor de betalende partij, de verzekeraar, inzichtelijk wordt? Ik wil liever niet de naam van een fabrikant noemen, maar ik weet dat een fabrikant vorig jaar een nieuw middel tegen leukemie had ontwikkeld en samen met hematologen en verzekeraars tot een prijsarrangement is gekomen. Die prijzen liggen niet op straat, maar de verzekeraars weten wel waar zij aan toe zijn. Zou dat een weg kunnen zijn om meer naar dat soort arrangementen toe te sturen? Of hebben we niet de positie om daarop uit te kunnen komen?

Minister **Schippers**:
In de tijd waarin iets in de sluis zit, wordt niet alleen over de prijs onderhandeld maar ook over registratie, gepast gebruik en een heleboel dingen daaromheen. Bij de start – dus bij de vraag of iets in de sluis gaat of niet – is er altijd overleg met de zorgverzekeraars: kan een verzekeraar het zelf of denkt een verzekeraar daar onvoldoende kracht voor te hebben en zullen wij het doen? Daar vinden dus onderhandelingen over plaats. Vervolgens zit er iets in de sluis en dat komt er op een gegeven moment uit. Ik heb al aangegeven dat wij dat nu niet met de verzekeraars delen, maar dat we dat wel willen gaan doen.

De heer **Rutte** (VVD):
Dat is in ieder geval al positief, omdat de verzekeraar anders ook niet weet wat hij moet calculeren. Dit is voor mij een zoektocht, want ik weet dat er soms arrangementen worden gemaakt waarin er meer transparantie is dan in andere arrangementen. Daarbij gaat het inderdaad ook om gepast gebruik. Volgens mij zit de onvrede bij de Kamer juist bij de arrangementen met als uitkomst dat er is onderhandeld en dat er een korting is, maar dat we niet weten hoeveel. Als het echt niet anders kan, is dat toch de wenselijkste weg, maar heeft de Minister middelen om in die onderhandeling toch eisen te stellen om de prijsvorming inzichtelijk te maken voor partijen, met name voor verzekeraars?

Minister **Schippers**:
Dat heb ik juist toegezegd: dat is niet gebeurd, maar dat gaan we wel doen. Bovendien zetten wij in de onderhandelingen altijd maximaal in op transparantie, maar in de uitrol nemen we uiteindelijk wat het zwaarst weegt. Daarnaast geven we jaarlijks cumulatief aan wat de opbrengst van al die onderhandelingen is, zodat we aan de Kamer verantwoording afleggen voor wat er in dat proces gebeurt. We gaan dat nu over 2014 doen. Dat is het eerste jaar, maar we gaan natuurlijk over steeds meer geneesmiddelen onderhandelen. Dit zal gedurende de jaren dus gaan oplopen. De onderhandelingen over de registraties en het gepast gebruik zijn over het algemeen overigens juist niet vertrouwelijk, want artsen zullen ook moeten weten wat zij wel en wat zij niet moeten doen en bij wie zij het geneesmiddel wel voorschrijven en bij wie niet.
Ten aanzien van de WGP heb ik al aangegeven dat ik, om prijsdruk te realiseren, bewust kies voor twee andere instrumenten die mijns inziens effectiever zijn. Daarbij gaat het ten eerste om het zojuist genoemde afsluiten van financiële arrangementen en het organiseren van inkoopmacht in het veld, dus ook op nationaal niveau, bij ziekenhuizen en verzekeraars. Ten tweede gaat het om het selectief herberekenen van het GVS, met een concurrentieafslag. Bij de WGP spelen er ook allerlei neveneffecten, waardoor ik daar niet voor kies. Dat debat hebben we overigens al gehad.

Als het op prijs wordt gesteld, kan ik nog even verder doorgaan over de WGP. Ik heb al aangegeven dat de daadwerkelijk uitonderhandelde prijzen liggen onder het prijsniveau dat is opgenomen in de WGP. Daardoor is de opbrengst van een eventuele wijziging in de praktijk naar ons oordeel zeer beperkt. Een andere reden is dat een groot aantal Europese landen het «external reference pricing»-systeem niet periodiek onderhoudt. Met andere woorden: het meerekenen van deze landen levert niet veel op, omdat de geactualiseerde prijzen niet zijn verwerkt in de prijslijsten van die landen. Uit het eerste onderzoek van APE blijkt dat de prijsdruk in clusters binnen het GVS niet altijd ontstaat waar die verwacht mag worden. Daarom wil ik daar iets aan gaan doen door selectieve herberekening, want ook na herberekening van de vergoedingslimiet in het GVS-cluster is er altijd nog een bijbetalingsvrij geneesmiddel beschikbaar. Die garantie is er overigens niet bij een aanpassing van de WGP. Het GVS is ook een nationale aangelegenheid. Het veranderen van de WGP werkt door in de ERP-systemen (enterprise resource planning) van andere landen. Een aanpassing van de WGP kan ook negatieve gevolgen hebben voor de beschikbaarheid; dat heb ik al gezegd.
Ik wil onderstrepen dat er opbrengsten zijn van de WGP, van het GVS en van de overheveling. Op het punt van de overheveling heb ik overigens een time-out afgekondigd, ook op uitdrukkelijk verzoek van de Kamer. De heer Van Gerven dringt nu aan op meer overheveling van geneesmiddelen naar de ziekenhuizen, maar ik meen mij te herinneren dat de SP in het laatste AO hierover zeer kritisch was over het overhevelen van geneesmiddelen naar ziekenhuizen. Enige consistentie vind ik wel belangrijk. Wij hebben de grootste bedragen overgeheveld. Voor patiënten zijn er soms best nadelige effecten. We willen eerst zien hoe we daar goed uit komen, voordat we de overheveling van de geneesmiddelen met een kleiner kostenbeslag aanpakken. Als je overhevelt van het GVS naar ziekenhuizen, heb je dus minder opbrengsten bij de GVS-herberekening. Daarbij moet je er dus op letten dat je geen dubbelingen krijgt. Het fiche ten aanzien van de WGP in Zorgkeuzes in Kaart is overigens gemaakt op basis van aannames en niet op basis van diepgaand onderzoek. Maar goed, dat laat ik bij het CPB.
Ik ga nu in op de timing van het GVS. APE is een onderzoeksbureau dat momenteel onderzoek uitvoert naar een realistische variant van herberekenen. Ook de vragen die de Kamer mij daarover heeft meegegeven voor proefberekeningen van het GVS, waren hier aanleiding voor. Ik heb in de visie aangekondigd dat ik onderhoud pleeg aan het GVS door een herberekening toe te passen. Ik verwacht in de zomer de resultaten van het onderzoek dat is uitgezet. Wanneer dat rapport van APE uitkomt, zal ik dat de Kamer toesturen. Aan de hand van dat rapport zal ik ook de gevolgen voor de patiënt en eventuele opbrengsten van een selectieve herberekening presenteren. Mede omdat grote groepen patiënten gevolgen zullen ondervinden van een herberekening van de GVS-vergoedingslimiet, vind ik het van belang om die herberekening zorgvuldig en na consultatie van veldpartijen te doen. Na die consultatie zal ik dus een daadwerkelijk besluit nemen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Laat ik maar even ingaan op het Geneesmiddelenvergoedingssysteem en de herberekening. Wat is de rol van Nefarma bij het tot stand komen van die herberekening? Schuift de industrie aan bij de bespreking daarvan?

Minister **Schippers**:
Wij hebben nu een onderzoek uitgezet. Dat onderzoek komt terug. Dan kunnen we zien wat er uit dat onderzoek komt en wat de gevolgen zullen zijn als we het doen zoals het is uitgezet. Ik heb al gezegd dat wij heel veel vragen van de Kamer hebben meegenomen in dat onderzoek; daar was de Kamer dus ook bij betrokken. Wanneer dit bij ons terugkomt, kunnen we

ook bekijken wat de gevolgen voor de patiënt zijn. Er heeft dus nog geen interventie plaatsgevonden voordat wij dit daadwerkelijk met elkaar kunnen beoordelen.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik vroeg naar de betrokkenheid van de farmaceutische industrie. Daar geeft de Minister geen antwoord op. Wij hebben een lobbybrief gekregen van Nefarma. Daarin staat dat Nefarma heel graag meehelpt om samen een nationale geneesmiddelenagenda op te stellen. Ik snap dat heel goed. Als kalkoen zou ik ook heel graag mee willen praten over het kerstmenu en dan zou ik tegen de kok willen zeggen: doe maar een biefstuk, want dat is ook heel lekker. Dat kan ik mij heel goed voorstellen. Mijn heel concrete vraag is of het Geneesmiddelenvergoedingssysteem onafhankelijk van de farmaceutische industrie tot stand wordt gebracht. Mijn gevoel zegt namelijk dat de farmaceutische industrie daar zeker niet voor zal zijn.

Minister **Schippers**:
Een onderzoeksbureau doet onderzoek. De gegevens daarvan krijgt de Kamer, zonder tussenkomst van wie dan ook. Vervolgens gaan we de resultaten van dat onderzoek wel klankborden bij allerlei veldpartijen. Een van die partijen is de farmaceutische industrie. Mevrouw Dijkstra vroeg mij of ik voor de visie ook met de industrie heb gesproken. Natuurlijk spreek ik met de industrie. Ik spreek met iedereen, want ik wil de beste oplossing. Het feit dat je met iedereen spreekt, wil echter niet zeggen dat je altijd een oplossing kiest waarvoor iedereen op de banken gaat; dat is evident. Je moet de oplossing kiezen die in het algemene publieke belang is, maar voordat je die oplossing kiest, moet je met iedereen spreken. Als dat onderzoek uiteindelijk komt, zal de Kamer dat toegestuurd krijgen. Dan kan de Kamer dus haar eigen oordeel hebben, maar ik ga ook bij alle veldpartijen hun oordeel hierover vragen. Uiteindelijk zal ik mijn eigen oordeel hierover vormen. De Kamer kan mij daar dan weer op aanspreken.
In het overleg dat wij in het kader van de hoofdlijnenakkoorden met de partijen hebben, zijn biosimilars een onderwerp. In die hoofdlijnenakkoorden staat immers dat wij een beperkte groei moeten hebben. Die moet je wel ergens uit halen. Als je biosimilars kunt inzetten om je prijs te drukken, is dat natuurlijk ongelooflijk belangrijk voor de partijen die bij dat overleg aan tafel zitten. De belangrijkste biosimilars zijn intramuraal. Zoals bekend is er alleen extramuraal specifieke regelgeving voor preferentiebeleid. Intramuraal is dat beleid er niet. Wij gaan het gebruik van biosimilars monitoren, ook in het kader van de hoofdlijnenakkoorden. Op het gebied van kwaliteit is het uiteraard van groot belang dat wij de kwaliteit waarborgen ten behoeve van een goed gebruik van biosimilars. Daarvoor werk ik samen met het CBG, Lareb, de Federatie Medisch Specialisten en apothekers. Het is een belangrijk middel om besparingen te halen. Het EMA denkt proactief mee over een goed registratieproces, samen met de fabrikanten en de behandelaren. VWS zit samen met de Federatie Medisch Specialisten, het CBG, Lareb en apothekers rond de tafel om het gebruik van biosimilars te stimuleren. We zien ontzettend veel bereidheid bij ziekenhuizen, apothekers en medisch specialisten om hieraan te werken. Wij zullen vanuit dat overleg ook concrete acties zien. Lareb zal de monitoring voor biosimilars op zich nemen.
Er is mij gevraagd om te reflecteren op een aantal modellen die in andere landen worden toegepast. In Nieuw-Zeeland wordt gewerkt met een systeem dat uitgaat van een aantal basisprincipes: aanbesteding van geneesmiddelen waar concurrentie mogelijk is, onderhandelingen over de prijs bij nieuwe geneesmiddelen en een gesloten budget voor alle geneesmiddelen. Het klopt dan ook dat Nieuw-Zeeland voor bepaalde groepen geneesmiddelen lage prijzen weet te bedingen. Uit onderzoek blijkt dat er ook nadelen aan het systeem kleven, zoals een late introductie

van geneesmiddelen door langdurige onderhandelingen of tenderprocedures, soms tot meer dan een jaar na de introductie. Er zijn ook berichten dat fabrikanten de Nieuw-Zeelandse markt mijden en bepaalde geneesmiddelen niet introduceren. Na de aanbesteding heeft de voorschrijver ook nauwelijks tot geen keuze tussen voor te schrijven geneesmiddelen. Ieder systeem heeft zijn voor- en nadelen. Wij proberen met onze geneesmiddelenvisie de goede aspecten van andere landen over te nemen en aspecten waarvan wij denken dat zij nadelige gevolgen hebben, niet over te nemen.
Enkele woordvoerders hebben mij gevraagd naar het Italiaanse model, met 5% afdracht. Ik ben op bezoek geweest bij mijn Italiaanse collega en ik ben zeer geïnteresseerd in het Italiaanse systeem, zeker daar waar dat het inrichten van registers ondersteunt. In het actieplan Gepast Gebruik zullen we deze optie dan ook meenemen. Wij kijken dus heel goed naar systemen. Ik zei al dat de geneesmiddelenvisie een aanzet is om het echt anders te gaan doen. Daarbij staat het denken ook niet stil. Zeker in Italië worden hiermee heel slimme en interessante ervaringen opgedaan.
Mevrouw Voortman vroeg of ik bereid ben om het openbaar maken van ruwe data te onderzoeken als voorwaarde aan toelating. Ik heb daar in mijn visie wel een aanzet toe gegeven: die optie moet zeker worden onderzocht. We moeten bekijken hoe we onze publieke investeringen beter kunnen laten renderen voor de premie- en belastingbetaler. In mijn uitwerking zal ik bekijken waar die mogelijkheden daadwerkelijk liggen. Dat zal ik dus zeker meenemen in de uitwerking. Bij adaptive licensing speelt dit sowieso.
Wij zitten samen met ZonMw en andere stakeholders om de tafel om te kijken naar mogelijkheden voor open data. Ik ben daar zelf zeer van gecharmeerd. Ik weet dat er ook mensen zijn die daar heel erg tegen zijn, maar ik ben in Silicon Valley en bij de Stanford University gaan kijken in verband met open data access. Dat zijn zeer interessante ontwikkelingen waarvoor ik mijn ogen zeker niet wil sluiten. Wij moeten er wel voor zorgen dat ook ons mkb kan meekomen en dat wij ook op dat punt de voordelen pakken en de nadelen proberen te mitigeren. Ik kom daar later bij de uitwerking van de visie zeker op terug.
Mevrouw Bruins Slot vroeg of er geen extra gezondheidsrisico's zijn als je die stapsgewijze toelating inzet. Als je zegt dat we voor één patiëntengroep een geneesmiddel alvast toelaten en voor andere patiëntengroepen nog niet omdat we daar meer informatie voor nodig hebben, kan die ene groep sneller toegang hebben tot het geneesmiddel, waarbij wij moeten voorkomen dat er gezondheidsrisico's ontstaan. Dat doen we door een heldere afbakening. Als voor een groep zeer ernstige patiënten geen alternatieve geneesmiddelen beschikbaar zijn, wil die groep die risico's graag nemen als wij het geneesmiddel voor die groep wat sneller toelaten, want die groep heeft gewoon geen alternatief. Als je dood zal gaan en als er misschien een geneesmiddel is dat werkt, neem je de risico's van de bijwerkingen of van andere dingen eerder dan iemand uit een andere patiëntengroep, voor wie de situatie minder urgent is. Ik vind dit een heel interessante manier van toelating en introductie, maar we moeten de voorwaarden glashelder maken: hoe doen we dat in die voorlopige fase, welke antwoorden willen wij binnen welke termijn hebben en kunnen we het geneesmiddel weer van de markt halen als het niet doet wat je had gehoopt? Je moet ook heel goede afspraken maken over de vergoeding van die geneesmiddelen. De geneesmiddelenautoriteiten bekijken dit positief-kritisch: positief omdat er geen alternatief is en kritisch over de risico's.
Ik heb ook vragen gekregen over de geneesmiddelenreclame: zou ik die niet totaal willen afschaffen? Over geneesmiddelenreclame hebben wij strikte regels afgesproken: die is alleen toegestaan voor voorschrijvers en niet voor patiënten en burgers. De Nederlandse regelgeving vindt haar oorsprong in een Europese richtlijn. Wij hebben een beleid opgezet

waarin de beïnvloeding is gericht op de ontwikkeling en toepassing van nieuwe producten, het vergroten van kennis, zonder dat dit tot gevolg heeft dat zorgprofessionals producten voorschrijven die niet passen bij het belang van de patiënt, het voorkómen dat financiële belangen de zorgprofessional negatief beïnvloedt in de juiste keuze voor de behandeling van de patiënt. Ik vind het onverstandig om de informatievoorziening van de fabrikant aan de professional te verbieden; reclame is immers natuurlijk gewoon ook informatieoverdracht. Ook voor de professional en de voorschrijver is het van groot belang om die informatie te krijgen, maar wel binnen de strakke kaders die we met elkaar hebben afgesproken.
Hoe zit het met het openbaar maken van de boetes? Het huidige systeem gaat eigenlijk uit van een WOB-systeem. Dat systeem vinden wij zelf onwenselijk, want het is heel arbeidsintensief. Het is iedere keer incidenteel en het is geaggregeerd. Niet voor niets heb ik een Gezondheidswet in de Kamer liggen. Ik hoop dat we die over een niet al te lange tijd zullen behandelen. Daarmee willen we een automatische publicatie van dit soort zaken regelen. De brief heb ik nog niet geschreven, maar die komt zeer binnenkort. Onze toezichthouders moeten op basis daarvan hun werkwijze veranderen. De inspectie maakt calamiteitenrapporten, die je niet zomaar op het net kunt gooien. Daarin staan immers allerlei persoonsgegevens en privacygegevens van patiënten. De IGZ zal haar calamiteitenrapporten dus anders moeten maken, zodat zij – ontdaan van die gegevens – standaard op het net gepubliceerd worden. Dat is waar wij naartoe willen, zodat de boetes standaard gepubliceerd worden. Daar heeft de IGZ een traject voor nodig om die omslag intern te maken. Ook daar zal ik de Kamer een brief over schrijven waarin ik zal aangeven op welke termijn de IGZ en de NVWA dit daadwerkelijk kunnen. De Gezondheidswet zal er wel toe leiden dat we een heleboel dingen die we nu niet openbaar maken, straks wél actief openbaar gaan maken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Meer en actieve openbaarmaking klinkt mij als muziek in de oren. Kan de Minister uitleggen waarom daar per se een wetswijziging voor nodig is? Welke belemmeringen zijn er nu?

Minister **Schippers**:
Dat mag nu niet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Hoezo mag dat nu niet? De WOB verbiedt het niet om informatie openbaar te maken, ze geeft aan in welke gevallen dat niet zou mogen. Ik hoor graag iets meer informatie hierover.

Minister **Schippers**:
Iedere openbaarmaking van een beslissing door een bestuursorgaan, actief en spontaan dan wel passief en achteraf, moet conform de Wet openbaarheid van bestuur geschieden. Wij willen daarvan af; wij willen van openbaarmaking een automatisme maken. De inspectiediensten NVWA en IGZ zijn overigens al hard bezig met die omslag, zodat dit automatisch mogelijk is als de wet wordt aangenomen. Maar ik wijzig die wet niet voor niks. De actieve openbaarmaking van gegevens wil ik verder invullen, ook als het parlement de Gezondheidswet, die hierin voorziet, daadwerkelijk heeft aangenomen en deze in werking kan treden.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik wou nog even terugkomen op de reclame. De Minister zegt dat reclame ook informatie is. We weten dat artsen die geen artsenbezoekers ontvangen, op geaggregeerd niveau beter en goedkoper voorschrijven. Het is dus niet waar dat je artsenbezoekers nodig hebt. Ik wil de Minister

een casus over snoepreisjes voorleggen. De firma Roche organiseerde een snoepreisje. Dat was op dezelfde dag dat Nefarma naar aanleiding van de in de krant gemelde boetes, over snoepreisjes meldde dat bezoeken aan bedrijven niet meer mochten worden gedaan; dat die verleden tijd waren, omdat men daardoor een slechte naam kreeg. Voor zo'n, zoals dat heet, «bedrijfsbezoek» kun je ook nog vier accreditatiepunten krijgen. Ik wil de documenten daarvan aan de Minister overhandigen. Ik hoor graag van haar een reactie daarop: mag dat van haar of neemt ze daar afstand van? Wellicht kunnen ze via de bode worden gegeven aan de andere deelnemers aan dit debat.

Minister **Schippers**:
Natuurlijk zal ik deze casus in ontvangst nemen, maar er is een toezichthouder. De toezichthouder moet zo'n casus bekijken en moet daar een oordeel over vormen: is het juist of niet juist? Als er een nieuw geneesmiddel komt, is het van groot belang dat voorschrijvers kennis en informatie hebben. De fabrikant heeft die en kan de voorschrijvers helpen. Wij hebben allerlei systemen in het leven geroepen om ervoor te zorgen dat de voorschrijvers hun werk daadwerkelijk goed doen. We hebben richtlijnen gemaakt op basis waarvan een voorschrijver weet wat hij wel en niet moet voorschrijven, en wanneer hij ermee moet stoppen omdat het geen zin meer heeft, zoals bij slaapmiddelen. Daarvoor zijn er richtlijnen van de beroepsgroep zelf. Er is ook spiegelinformatie, die door verzekeraars wordt gegeven aan bijvoorbeeld huisartsen, zodat dezen kunnen nagaan hoe ze het doen ten opzichte van hun collega's. Ook is er periodiek farmacotherapeutisch overleg. Toevallig was ik gisteren op een bijeenkomst waarbij huisartsen daarover spraken. Daar bleek mij hoe belangrijk zo'n farmaco-overleg is, omdat men daarin ziet hoe men het doet ten opzichte van zijn collega's. Waarom staat een collega bijvoorbeeld ineens veel lager bij het voorschrijven van een bepaald geneesmiddel? Daarover komt dan een gesprek op gang. Een volgende keer blijkt dan dat er daadwerkelijk iets aan dat voorschrijven is veranderd, zo hoorde ik. Wij hebben dus een systeem opgetuigd waarin de beroepsgroep zelf, verzekeraars, maar ook apothekers overleggen met de voorschrijvers. Zo zorgt men er met elkaar voor dat dat voorschrijven op een goede manier gebeurt.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat verhaal kennen we. Daar heb je die artsenbezoekers niet voor nodig, en die reclame ook niet. Ik ben oud-huisarts. Ik ontving nooit artsenbezoekers en heb daar ook nooit last van gehad; die kostten namelijk heel veel tijd en geld, en leverden niks op. Is de Minister toch bereid om de regelgeving rond de op voorschrijvers gerichte reclame aan te scherpen? Ik maakt het heel concreet: we gaan het individuele artsenbezoek aan voorschrijvers niet meer toestaan.

Minister **Schippers**:
Ik ben daar geen voorstander van. Ik vind informatieoverdracht over een geneesmiddel belangrijk. Waarop moet daarbij worden gelet? Ik vind dat je dat een professional wel kunt toevertrouwen. Die zal daar goed mee omgaan, zeker ook vanwege de richtlijnen en de spiegelinformatie. Een verzekeraar kan iemand aanspreken als hij een duur geneesmiddel veel vaker voorschrijft, evenals FTO, waarin apothekers en huisartsen zelf met elkaar bekijken hoe het met dat voorschrijven is gesteld. Ik denk dat we dit in Nederland goed hebben geregeld. Niemand hoeft artsenbezoekers te ontvangen als hij of zij daar geen behoefte aan denkt te hebben.
Ik ga verder over de magistrale bereiding. Ik ben het eens met de opvatting dat de magistrale bereiding een goedkoper alternatief kan zijn en dat daarmee heel goed maatwerk kan worden geleverd, omdat een apotheker een bepaald middel dat een patiënt nodig heeft, dan zelf kan

maken. De Geneesmiddelenwet is gebaseerd op Europese regelgeving, die weer van alles stelt over de daadwerkelijk bereiding door een apotheker voor een ander. Als een geneesmiddel is geregistreerd, mag een apotheker niet zomaar als fabriekje gaan fungeren door dat middel te blijven maken en het aan anderen te blijven leveren. Dit heeft de IGZ dus niet zomaar op eigen houtje gedaan; zij heeft dat gedaan op basis van Europese regelgeving. Uit de inspectie, het CBG (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen) en Zorginstituut Nederland is een werkgroep gevormd die de randen van de regelgeving gaat onderzoeken. Wij lopen hiermee namelijk langs de randen, ook omdat wij daarin voordelen zien. Maar laat ik heel eerlijk zijn: wij hebben een beperkte bewegingsvrijheid, omdat we in Europees verband en binnen Europese richtlijnen opereren. Daarvoor gelden ook allerlei goede argumenten. Als een middel wordt geregistreerd, moet worden aangetoond wat het doet. Men moet daarvoor het hele afgesproken traject door, om te bekijken of de geneesmiddelen veilig zijn en of ze een therapeutische meerwaarde hebben. Dat hele registratieproces is er niet voor niks. We hebben nu eenmaal Europees afgesproken dat als een geneesmiddel is geregistreerd, we in Europa niet allerlei fabriekjes kunnen toestaan die datzelfde geneesmiddel zelf blijven bereiden. Wij bekijken dus heel intensief wat wij nog binnen de regelgeving kunnen doen en wat niet.
Ik ga verder over Tecfidera. Als het goed is, heb ik mijn antwoorden op de vragen van de heer Van Gerven over Tecfidera al naar de Kamer gestuurd. Ik heb geschreven dat de complexiteit daarin zit dat de Geneesmiddelenwet is gebaseerd op Europese richtlijnen, die doorleveren überhaupt niet toestaan. Door de circulaire van de inspectie is er een gedoogsituatie geschapen. Deze houdt in dat doorleveren is toegestaan als er geen geregistreerd alternatief is. We staan dit toe, en daarbij zoeken we dus echt de randen op. Er gelden natuurlijk wel waarborgen. Maar een en ander betekent ook dat als er een geregistreerd geneesmiddel komt, de doorlevering daarvan niet meer is toegestaan. Een apotheek mag het middel wel bereiden voor haar eigen patiëntenpopulatie. In de Tecfideracasus kiezen apothekers er niet voor om het middel zelf te bereiden, waarschijnlijk omdat dat heel complex is. Wij bekijken nu welke oplossingen binnen de Europese richtlijnen mogelijk zijn en zoeken daadwerkelijk naar ruimte daarvoor. Ik ga verder met een andere casus van de heer Van Gerven: Amfexa. Hij vroeg of ik wil garanderen dat Amfexa na april voor kinderen beschikbaar is. Het uitgangspunt van het beleid is dat wij in Europa geregistreerde geneesmiddelen prefereren die zijn getoetst op veiligheid en werkzaamheid, inclusief de geneesmiddelenbewaking. De fabrikant van Amfexa heeft een aanvraag ingediend voor plaatsing ervan in het GVS-cluster. Het Zorginstituut heeft deze aanvraag beoordeeld. Ik heb het advies gisteren ontvangen. Het Zorginstituut adviseert om Amfexa op te nemen in het cluster met bestaande ADHD-medicatie. Amfexa zal vanaf 1 mei 2016 worden opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Dat betekent dat voor Amfexa bij gemiddeld gebruik een vergoedingslimiet van ongeveer € 11 zal gelden. Als bijbetaling is ongeveer € 82 per maand aangegeven, tenzij de fabrikant besluit om de prijs te verlagen. Dit alles is conform het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik vind dit antwoord van de Minister echt ongelooflijk onbevredigend. Ik snap wat ze zegt. Dat komt er in feite op neer dat een geregistreerd middel ongeacht de prijs moet worden afgenomen, met grote consequenties voor de patiënten. Ik kan me niet voorstellen dat de Minister dat de juiste manier vindt.

Minister **Schippers**:

We hebben dit systeem. We hebben tegen elkaar gezegd dat de toelating tot de geneesmiddelenmarkt zorgvuldig moet geschieden. In dat systeem kan een geneesmiddel niet zomaar op de markt worden gebracht. Als men een geneesmiddel op de markt wil brengen en het in een fabriek wil produceren voor de Europese markt, zal het moeten worden geregistreerd en zal men moeten aantonen dat het veilig is en dat de bijwerkingen van het geneesmiddel in verhouding staan tot wat het aan positiefs doet. Als het middel uiteindelijk veilig is gebleken en een therapeutische waarde blijkt te hebben, komt het op de markt. Voordat het in een vergoedings-systeem komt, wordt bekeken of het kosteneffectief is en wat de therapeu-tische meerwaarde ervan is. Dat laatste is de volgende, nationale, stap. Voor de registratie moeten er klinische studies plaatsvinden, waarvoor weer kosten moeten worden gemaakt. Europees hebben we afgesproken dat dit de weg is die we afleggen bij de registratie van geneesmiddelen. Zo voorkomen we problemen met apotheken die zelf bereidingen doen en deze doorleveren, daar als het ware hun business van maken en een klein fabriekje worden. Wat zou anders het verschil zijn? Er zijn dus Europese beperkingen aan gesteld. In Nederland zoeken we die beperkingen op. Dat doen we al een tijdje, omdat wij van mening zijn dat wij er druk op moeten houden en dat hier kanten aan zitten die positief uitpakken voor de patiënt. Maar wij zoeken daarbij wel de grenzen op en moeten daar helder over zijn. Mevrouw Dijkstra kan dat onbevredigend vinden, maar zo zit de wet- en regelgeving in elkaar; en niet alleen die van ons, maar ook de Europese.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Die magistrale bereiding werkte goed en er hebben zich daarbij geen calamiteiten voorgedaan of iets anders wat niet deugde. Als iets op de markt wordt aangeboden, moet het inderdaad aan de registratievereisten voldoen. Ik begrijp ook wel dat daar een prijs tegenover staat. Betekent dit dat je zonder meer moet accepteren dat de prijs voor de patiënten dan drie keer zo hoog wordt dan daarvoor? Daar loop ik tegenaan. We komen zo weer terecht bij de prijsstelling van geneesmiddelen.

Minister **Schippers**:
Ik wacht nog even de vraag van de heer Rutte af.

De heer **Rutte** (VVD):
Ik hoop dat de Minister nog kan ingaan op de rol in dezen van het EMA en de beoordeling die daar plaatsvindt. Als dat niet het geval is, kan ik haar daar verder over vragen.
Ik heb ook nog een andere vraag. De Minister vroeg namelijk wat we op dit gebied nog meer zouden kunnen doen. Een van de dingen die ik vaak hoor, is dat Nederland een klein land is, dat je er goed onderzoek kunt doen, maar dat er voor dit soort onderzoek wel vaak veel ziekenhuizen of klinieken nodig zijn om voldoende complexe patiënten te includeren. Een onderzoek naar de mogelijkheid om consortia te vormen tussen verschil-lende ziekenhuizen, waardoor onderzoek op één plek gecoördineerd zou kunnen plaatsvinden met ook slechts één keer een medisch-ethische toetsing, zou daarbij enorm helpen. Is dit iets wat de Minister onder de aandacht zou willen brengen en iets waar ze aan zou willen meehelpen?

Minister **Schippers**:
Onco XL, dat gisteren werd gepresenteerd, is daar volgens mij een goed voorbeeld van: daarvoor worden de handen ineengeslagen om het oncologisch onderzoek van de beste onderzoekers in Nederland te bundelen. Zo gaat men niet met elkaar in concurrentie, maar bekijkt men hoe men elkaar kan versterken, zodat er in Nederland nog daadwerkelijk op dit vlak slagen kunnen worden gemaakt. Dat is dus een voorbeeld. Wij

zullen het ook financieel steunen, samen met de Ministeries van Onderwijs en van Economische Zaken.

De heer **Rutte** (VVD):
Ik heb daar uiteraard ook over gelezen en ik vond het een heel inspirerend voorbeeld. Maar dat gaat om onderzoek in eerdere fasen en ik had het over echt klinisch geneesmiddelenonderzoek. Volgens mij bestaat dit soort samenwerkingsverbanden daarbij nog niet. Als ik het antwoord van de Minister zo mag interpreteren dat zij dit een inspirerend model vindt en dat zij wil onderzoeken of het ook mogelijk is om zoiets voor het klinisch geneesmiddelenonderzoek te realiseren, zou ik daar heel blij mee zijn.

Minister **Schippers**:
Wij zullen dat verder verkennen. Ik zei dit vanwege de verbintenis: daarbij worden de handen ineengeslagen en kun je meer dan in je eentje. Vanwege de actualiteit van Onco XL moest ik natuurlijk meteen daaraan denken. Wij zullen dit zeker verkennen.

De **voorzitter**:
Er zijn nog best veel vragen te beantwoorden.

Minister **Schippers**:
Tja, voorzitter, die vragen zijn nu eenmaal gesteld, dus ik wil ze ook netjes beantwoorden.
Mevrouw Dijkstra vroeg of de industrie is geconsulteerd bij de horizonscan en of ik een pact tussen de industrie en de overheid zou willen, zoals dat in België is gerealiseerd. Voor mij staat de oplossing centraal. Iedereen die daaraan kan bijdragen, is welkom. Daar heb je alle partijen voor nodig. Ik ben het eens met mevrouw Dijkstra dat het echt een illusie is om te denken dat je zonder de industrie een oplossing zou kunnen vinden. Daarbij heeft iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid. We moeten elkaars verantwoordelijkheden wel goed voor ogen houden. We zijn druk bezig met de horizonscan. Uiteraard is de industrie geconsulteerd, omdat we ook moeten weten wat die nog in de pijplijn heeft zitten. Het probleem hierbij is dat de data van de industrie vaak niet openbaar zijn. Wij zullen met Nefarma bekijken wat de bijdrage van de industrie aan de horizonscan zal kunnen zijn en waar wij elkaar kunnen versterken. Niet voor niets organiseer ik in mei een rondetafelgesprek, waarin wordt bekeken wat voor nieuwe modellen de industrie heeft en hoe de gedachten daarover zich ontwikkelen. Vanmorgen sprak ik toevallig met een farmaceut over antibioticaresistentie en de ontwikkeling van nieuwe antibiotica. Deze farmaceut vertelde mij hoe er momenteel in Noorwegen wordt onderhandeld over antibiotica. Dat gaat heel anders dan, om het maar zo te zeggen, gewoon betalen per pil of per kuur; dat is een heel andere manier van betalen. Antibiotica hebben een heel slechte businesscase. Toch zal men met elkaar moeten bekijken of het niet veel slimmer kan worden aangepakt, want anders komen er gewoon geen nieuwe antibiotica en dat zou een kleine ramp zijn. We moeten samen echt kijken naar mogelijkheden waarop we elkaar kunnen versterken. Daarbij kan ieder goed idee worden ontwikkeld en is het even welkom. Mij gaat het uiteindelijk om een duurzaam geneesmiddelenvoorzieningssysteem.
Ik ga verder over het preferentiebeleid bij intramurale geneesmiddelen. Gezien onze discussies in het verleden over het extramurale preferentiebeleid vind ik het heel leuk dat de SP mij deze intramuraalvraag heeft gesteld. Men zal begrijpen dat ik dit als warm voorstander zeer omarm. Er zijn binnen de wet al mogelijkheden. Uiteindelijk moeten wij samen met artsen optrekken, want zij kiezen de geneesmiddelen die zij inzetten uit de bestaande alternatieven. Ik denk dat ook de verzekeraars daarbij een belangrijke rol kunnen spelen. Ik heb het liefst dat wij dit samen op zo'n

manier doen dat het medicijn zo goedkoop mogelijk wordt voorgeschreven. Ik zou zeggen: goedkoop als dat kan en duur als dat moet. Mevrouw Agema vroeg of wij Fair Medicine terugzien in de visie. Fair Medicine staat in de visie genoemd. Ik ben met deze stichting in gesprek geweest over heel nieuwe ideeën omtrent het stimuleren van het ontwikkelen en op de markt brengen van geneesmiddelen. Ik kijk echt goed naar hoe ik initiatieven als Fair Medicine kan stimuleren en hoe we zaken verder kunnen uitwerken. Dit is een privaat initiatief dat tot doel heeft om geneesmiddelen transparant te ontwikkelen en deze voor een redelijke prijs op de markt te brengen, waardoor kan worden gezien wat de kosten waren en waar de opbrengsten naartoe zijn gegaan. Ik vind dit een ongelooflijk belangrijk initiatief. Ik heb de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg om advies gevraagd en hem verzocht om mee te denken over de vraag welke modellen op het gebied van geneesmiddelen nog meer zouden kunnen worden ontwikkeld. Ik heb de raad ook gevraagd om te kijken naar hoe de verhouding tussen publieke en private revenuen is en hoe die zou moeten zijn, ook omdat delen van het ontwikkeltraject vaak met publieke middelen zijn gefinancierd, bijvoorbeeld via de universiteiten.
Een verder punt van aandacht is dat de ontwikkeling van geneesmiddelen steeds meer is gericht op steeds kleinere patiëntenpopulaties. Daardoor rijst de vraag of geneesmiddelen altijd via marktregistratie door een commerciële partij naar patiënten moeten worden gebracht. Ook op die vragen moeten we verder ingaan. We moeten kijken naar manieren waarop we meer maatschappelijk rendement kunnen realiseren, evenals naar mogelijkheden van niet-commerciële geneesmiddelenontwikkeling.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik snap dat Fair Medicine in de visiebrief stond; daarom vroeg ik er natuurlijk ook naar. Mijn opmerking ging erover dat het alleen maar een aanmoedigingsprijs had gekregen: die parel of zoiets. Mijn vraag ging over wat aan de invoering van zo'n systeem in de weg staat. Hetzelfde geldt voor het Australische model: wat staat daar nou aan in de weg?

Minister **Schippers**:
Daaraan staan heel veel hobbels in de weg. Ik heb overigens niets te maken met die parel. Fair Medicine heeft die prijs toegekend gekregen zonder invloed van mij, al vind ik het heel leuk dat het die prijs heeft gekregen. Ik heb zelf gesprekken gevoerd met die mensen over de manier waarop zo'n alternatief businessmodel verder kan worden gebracht. Daarom heb ik daar in mijn visie melding van gemaakt. Ik heb dit nog niet helemaal uitgewerkt omdat we nog met elkaar in gesprek zijn over hoe dat kan. Ik heb ook advies gevraagd over wat wij er zelf nog aan zouden kunnen doen om het nog verder te brengen. Het is een privaat initiatief, dus hartstikke goed, en het is al van start gegaan. Als ik het kan stimuleren of ontwikkelen, of als ik kan helpen om het in plaats van tien kleine stapjes één grote stap te laten zetten, zou ik dat heel graag willen. We moeten dus bekijken waar de hobbels liggen en hoe we die kunnen wegnemen. Liggen die hobbels bij mij of bij anderen? Wij hebben contact om te bekijken hoe we elkaar kunnen versterken en we zijn in gesprek over wat we voor elkaar kunnen betekenen en hoe ik het kan helpen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Oké. In de voortgangsbrief lezen we hier graag meer over.

Minister **Schippers**:
Ik zal dat zeker doen. Ik zal die acties eerst voorzien van een tijdtabel en ik zal de voortgang melden.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Is het mogelijk om in die tijdtabel een soort prognose van bijvoorbeeld de besparingen op te nemen? Ik snap dat een opsomming van die besparingen niet zomaar CPB-proof is, maar het lijkt me dat dat soort doelstellingen er ook zijn.

Minister **Schippers**:
Dat is heel lastig, zeker omdat we nog weinig precies weten over de kosten en prijzen van geneesmiddelen die nog op de markt moeten komen. Ik denk dus dat het heel moeilijk is om daar een echte prognose aan te verbinden. En zo'n horizonscan wordt volgens mij ook erg moeilijk als wij niet alles wat op de markt komt op de radar hebben. Daarom doen we een aantal dingen. Zo heeft het nieuwe geneesmiddel voor hepatitis C ons allen overvallen. Wij willen daarom veel beter weten wat er allemaal aankomt en wanneer, zodat wij er beter mee kunnen omgaan. Maar ik denk dus dat dit heel lastig gaat worden. Ik ga verder over de ACM. De ACM heeft een rapport uitgebracht, maar daarbij blijft het natuurlijk niet; ze blijft de markt wel degelijk volgen. De Europese Commissie doet dat ook. Ze let ook op ongeoorloofd gedrag ten aanzien van patenten. Ik ben er overigens een groot voorstander van om scherp naar de patenten te kijken, want het is maar de vraag of we dat nu allemaal wel zo slim en goed doen. Moet er rond de patenten iets worden gewijzigd? Het gaat ook daarbij om Europees beleid, dus we moeten dit met elkaar doen. Daarom is het ook zo belangrijk dat we aanstaande maandag met elkaar op politiek niveau een eerste discussie hebben over allerlei mogelijke oplossingen.
Nu de Benelux-samenwerking. In de afgelopen maanden hebben VWS-ambtenaren de samenwerking met de Belgen en Luxemburgers vormgegeven. We werken nu aan de uitgangspunten voor de samenwerking, waardoor andere landen, als zij dat willen, zullen kunnen aansluiten. We werken momenteel samen op vier thema's. Ten eerste wordt de Nederlandse aanpak van de horizonscan verder uitgewerkt, om te kunnen inschatten welke producten er op ons afkomen. Ten tweede zijn er de pakketbeoordelingen. De Health Technology Assessments (HTA's) worden al binnen het Europese samenwerkingsverband uitgevoerd. Daarnaast werkt het Zorginstituut intensiever samen met de Belgische zusterorganisatie. Een gezamenlijke beoordeling helpt om gezamenlijk over producten te kunnen onderhandelen. Zo wordt ook dubbel werk voorkomen. Ten derde wordt er informatie gedeeld over markten, volumes, prijzen en best practices. We onderzoeken ook of er op het gebied van registratie gezamenlijk stappen kunnen worden gezet. Ten vierde zijn we gestart met gezamenlijke prijsonderhandelingen. Het heeft even gekost om de procedures en processen goed op elkaar te laten aansluiten, maar we zijn nu daadwerkelijk bezig met pilots. Zodra ik resultaten heb, zal ik de Kamer daarover berichten.
De heer Rutte vroeg of ik het EMA wil verzoeken om bij de toelating van nieuwe geneesmiddelen de onderzoeksresultaten van klinisch onderzoek bij comorbide complexe patiënten daadwerkelijk mee te wegen, zodat bij de markttoelating de effectiviteit in de praktijk al is gewogen, en niet pas daarna. Als korte samenvatting van ons gesprek met het EMA deel ik mee dat dit onderwerp, een betere afstemming voordat iets op de markt komt en niet pas daarna, op de agenda van dit EU-voorzitterschap staat.
Ik ben inmiddels toegekomen aan mijn laatste mapje met antwoorden. Ik heb met de commissie van gedachten gewisseld over de overhevelingen. Ik heb geconstateerd dat de qua kosten grootste groepen al naar de ziekenhuizen zijn overgeheveld, op dit moment ten bedrage van ongeveer 900 miljoen euro. Op de lijst van nog over te hevelen middelen staan groepen waarin in totaal nog ongeveer 537 miljoen euro omgaat. Alles wat we hebben overgeheveld, hebben we laten onderzoeken en evalueren. We hebben gezien dat de doelstelling omtrent lagere geneesmiddelenprijzen grotendeels is behaald. De overige doelstellingen, dus een eenduidige aanspraak en de verhoging van de kwaliteit en de

doelmatigheid, zijn ten dele behaald. Er is niet geheel voldaan aan de randvoorwaarde dat de patiënt hiervan geen hinder mocht ondervinden. Wij hebben daar eerder met elkaar over gesproken. Ik heb een standstill afgekondigd. Ik heb niet gezegd dat er geen groepen meer zullen worden overgeheveld. We proberen nu alles voor patiënten goed op orde te krijgen, voordat we beginnen aan nieuwe overhevelingen.
Heb ik nu alle elementen uit mijn gereedschapskist gebruikt? Ik heb een brede analyse uitgevoerd. Ik heb hierover ongelooflijk veel mensen gesproken, en niet alleen voor maar ook na de geneesmiddelenvisie, ook omdat uit die gesprekken ook weer allerlei bijeenkomsten en meningen zijn voorgekomen. Ik houd er niet van om te zeggen: dit is het nu. Ik wil dit ook niet met krantenpapier dichtplakken. Ik vind dit onderwerp ongelooflijk belangrijk. Het kan grote problemen veroorzaken en ook grote voordelen hebben voor patiënten. Ik blijf altijd openstaan voor betere ideeën om het beter of anders te doen, maar tegelijkertijd ben ik wel van plan om alle dingen in gang te zetten waarvan ik denk dat ze echt moeten gebeuren. De richting en het tempo laat ik er dus niet uit halen, maar ik zal wel altijd blijven kijken naar andere mogelijke instrumenten voor mijn gereedschapskistje of een ander gebruik daarvan.
Verder is me gevraagd hoe de motie-Krol is afgedaan. Ik heb daarover met de Kamer gecorrespondeerd. Ik heb aangegeven dat er momenteel enorm veel maatschappelijke debatten zijn over geneesmiddelen. Zoiets ontstaat ook als je zo'n visie uitbrengt. Ik word echt voor ongelooflijk veel debatten uitgenodigd en ik vind dat heel goed. Ik kan niet zelf overal naartoe, maar ik neem aan dat de Kamerleden ook allerlei uitnodigingen ontvangen. Op die manier hebben we dat gewenste maatschappelijke debat goeddeels voor elkaar gekregen. We zien debatten hierover in allerlei tv-programma's en in kranten. Ik vind het ongelooflijk belangrijk dat we die debatten voeren en ook blijven voeren. Ik denk dat we het tempo er nu lekker in hebben.
Nu de financiële knelpunten die ziekenhuizen hebben bij het macrobeheersinstrument en de geneesmiddelen. Ik heb aangegeven dat behandelingen altijd helemáál moeten worden verricht en dat er anders moet worden doorverwezen. Er moeten dus geen behandelingen worden gegeven zonder de geneesmiddelen die daarvoor nodig zijn. Dat hebben we expliciet met elkaar afgesproken. Ook hebben we de laatste keer met elkaar afgesproken dat signalen van het tegendeel moeten worden gemeld bij het Landelijk Meldpunt Zorg, zodat dit de inspectie daarop kan attenderen. Wat ik niet wil, is dure geneesmiddelen apart zetten. Ik moet hierbij wel zeggen dat volgens mij alle umc's met de zorgverzekeraars een nacalculatie van dure geneesmiddelen hebben afgesproken. Er kunnen natuurlijk ziekenhuizen zijn die zoiets niet hebben afgesproken, maar zij zullen dan moeten doorverwijzen naar plekken waar de behandeling wel wordt gegeven. Nadat we ons jarenlang hebben ingespannen om allerlei kaders af te schaffen, wil ik niet weer allerlei aparte kadertjes gaan introduceren, ook omdat is gebleken dat die enorme drempels opwerpen voor goede zorg op maat en op de juiste plek. Ik vind dus dat de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars hun beider zorgplicht op dit gebied moeten waarmaken en dat er signalen naar de inspectie moeten gaan als er dingen niet goed gaan. We hebben dit heel helder met elkaar geregeld. In de hoofdlijnakkoorden hebben we afgesproken dat er bij overschrijdingen bij het MBI altijd eerst wordt gekeken naar de oorzaken daarvan. Dat valt hier ook onder. Het lijkt mij echter helder dat ik in deze tijd van enorme financiële schaarste geen vrijbrief ga geven aan partijen om zomaar te overschrijden.

De **voorzitter**:
Dit was het einde van de eerste termijn van de regering. Ik constateer dat de Kamer behoefte heeft aan een tweede termijn. We gaan direct door.

De heer **Van Gerven** (SP):
Voorzitter. Wij debatteren al, pak «m beet, tien jaar om bepaalde delen van de medisch noodzakelijke plastische chirurgie terug in het pakket te krijgen. Het gaat dan meestal om enkele miljoenen: 10 à 20 miljoen. Vandaag praten we over het geneesmiddelendossier en de honderden miljoenen vliegen je om de oren. We betalen te veel en daar doen we eigenlijk te weinig aan. Heel veel beleid van de Minister is gericht op Europa. Dat is goed, maar dat is een lange en taaie weg en het duurt lang voordat er stappen worden gezet. De Minister laat tegelijkertijd in eigen land een hele hoop liggen. Ze is al heel lang Minister, maar ze heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem laten zitten, net als de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en de overheveling. We hadden honderden miljoenen kunnen besparen en we hadden daarmee heel veel nuttigs kunnen doen. Dat wil ik constateren.
Ik heb daarnaast een heel concrete vraag over dimethylfumaraat en dexamfetamine. Ik vind dat de Minister acuut een oplossing moet bieden, ook al moeten we daarvoor een beetje stout zijn. Ik heb signalen opgevangen waaruit blijkt dat dit praktisch mogelijk is, dat we een trukendoos kunnen opentrekken en dat dat uitvoerbaar is. Ik kondig daarover alvast een VAO aan. Het is onaanvaardbaar dat alle mensen die op die medicijnen zijn aangewezen straks de hoofdprijs moeten betalen via eigen betalingen. We moeten daaraan paal en perk stellen. Gezien de tijd wil ik het hierbij laten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. Ik wil de Minister bedanken voor haar antwoorden. Ik heb nog wel een aantal vervolgvragen. We hebben hetzelfde doel: we willen geneesmiddelen betaalbaar houden, zodat we ze aan zo veel mogelijk mensen kunnen geven. Om dat voor elkaar te krijgen, moeten we alle instrumenten uit de gereedschapskist gebruiken. De Minister zei dat het Zorginstituut, dat middelen van boven de 2,5 miljoen euro toetst, natuurlijk niet alles toetst. Ze zei ook dat het geen capaciteitsproblemen heeft. Op 2 februari 2015 communiceerde het Zorginstituut, onder andere aan VWS en aan de deelnemers van het intramuralegeneesmiddelen-overleg, dat het personele beperkingen heeft, waardoor het niet alles kan uitvoeren. Ik snap daarom de harde uitspraak van de Minister niet zo goed dat het Zorginstituut alles kan doen wat het wil.
Van de hoeveelheid middelen tussen de 2,5 en 25 miljoen euro die het Zorginstituut beoordeeld heeft, zijn er ongeveer 40 ingestroomd, terwijl er maar zeven beoordeeld zijn. Hebben we daarmee wel alle middelen te pakken waarover twijfels zijn? Het is van belang dat we het als geheel betaalbaar houden voor mensen. Zou het daarom niet verstandig zijn om wél alle middelen tussen de 2,5 en 25 miljoen euro te bekijken om erachter te komen of ze voldoende werkzaam zijn en of ze uiteindelijk een meerwaarde opleveren voor de patiënt?
Ik kom op de sluis. Het is goed dat de Minister verzekeraars meer inzicht gaat geven, zodat zij straks goed kunnen onderhandelen met fabrikanten. Betekent dit ook dat ze echt inzicht krijgen in de kortingen en in de prijsstelling?
Met betrekking tot de geneesmiddelentekorten is het goed dat de Minister niet langer accepteert dat er niets uit de werkgroep komt. Betekent dit ook dat fabrikanten en groothandelaars voldoende voorraad moeten hebben? De wettelijke verplichtingen daaromtrent blijven overeind staan; de heer Otwin van Dijk had het daar ook over. Ik snap dat je er gezamenlijk uit moet komen, maar je kunt niet de wet opzijzetten.
Ik wil van de Minister een terugkoppeling krijgen over de magistrale bereidingen. Als een aantal middelen, zoals Tecfidera, magistraal bereid kan worden, dan kunnen we daarmee tientallen miljoenen euro's besparen.

Ik kom op mijn laatste vraag. De Minister schrijft dat zij een en ander wil aanpakken via Europa. Het CDA mist daarbij de onderzoeksbudgetten in het kader van Horizon 2020. Klopt het dat bij de subsidies voor geneesmiddelenonderzoek niet de voorwaarde is opgenomen dat de open uitkomst als openbare data beschikbaar komt, terwijl dit bij andere subsidies wel het geval is? Ik vind dat een aparte zaak.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden en voor de toezegging dat het tijdpad eraan komt, en dat zij daarbij per onderdeel zal aangeven wie daarvan de trekker zal zijn. Ik ben heel benieuwd wanneer de Minister daarmee komt.
Ik kom nog even terug op het pact in België. De Minister zei dat zij alles waarmee je met elkaar tot goede resultaten kunt komen belangrijk vindt. Ik heb de Minister gevraagd of zij wil bekijken hoe dat daar functioneert, zonder daarbij meteen te zeggen dat wij dit ook moeten doen. Als het daar goed functioneert, dan zouden wij er misschien ook iets aan kunnen hebben.
We spreken vandaag vooral over de rol en het belang van medicijnen en geneesmiddelen. De Minister begon haar visie terecht met de waarde van geneesmiddelen: ze zorgen ervoor dat mensen kunnen blijven meedoen, dat ze langer kunnen blijven leven of zelfs kunnen genezen. Ze noemde daarbij voorbeelden die ik dan wel weer opmerkelijk vind. Ze zei dat een miljoen mensen met diabetes en 4 miljoen Nederlanders met een risico op hart- en vaatziekten dankzij medicijnen actief kunnen blijven in de samenleving. De vraag is nu juist of je die ziekten met medicijnen moet oplossen. Ik zoek even mijn laatste papiertje, dat ik nu kwijt ben. Dat is belangrijk, want daarop staan getallen. Helaas gaat dit van mijn eigen tijd af, maar dat krijg je ervan als je voortdurend bladert in je eigen papieren. Laat ik het kortheidshalve maar zo zeggen: uit pilots, ook met diabetespatiënten, blijkt dat twee derde van de patiënten dankzij een andere leefstijl en andere voeding niet meer op medicijnen is aangewezen. Als we de kosten bekijken, vind ik dat we dit punt voldoende moeten meenemen.

De **voorzitter**:
Er volgt een korte vraag van mevrouw Bruins Slot. Wellicht kunt u in de tussentijd uw papiertje vinden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik zal langzaam praten. Het CDA hecht ook heel veel belang aan preventie. We zien bijvoorbeeld dat meer beweging ertoe kan leiden dat mensen een gezondere leefstijl krijgen, waardoor ze bijvoorbeeld een lager cholesterol hebben en geen cholesterolmedicijnen meer hoeven in te nemen. Ik ben daarom wel benieuwd naar die cijfers. Ik hoop dat mevrouw Dijkstra daarin toch wat meer inzicht kan geven.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik zei net uit mijn hoofd dat twee derde van de deelnemers aan de pilot voor patiënten met diabetes type 2 kon stoppen met medicijngebruik dankzij nieuwe voeding en meer beweging. Ik vroeg de Minister daarom of we met betrekking tot de visie op geneesmiddelen ook kunnen bekijken hoe we het gebruik ervan kunnen beperken. Ik sluit mij verder graag aan bij de opmerkingen van mevrouw Bruins Slot over de beoordeling door de zorgverzekeraars en het Zorginstituut.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar beantwoording. Ik zie heel erg uit naar het tijdspad en naar de doelen die gesteld gaan worden. Ik denk dat dit dossier een nieuw succesnummer nodig heeft, want we borduren eigenlijk nog steeds voort op het preventiebeleid van Ab Klink. Als ik

bekijk hoe deze Minister goed bestuur heeft aangepakt, net als de werking van de inspectie, dan zou dit haar toch op het lijf geschreven moeten zijn. Ik kan dus alleen maar zeggen dat ik heel erg uitkijk naar de komende periode, naar de plannen en naar wat we allemaal gaan meemaken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):
Voorzitter. Ik heb de Minister gevraagd wat haar rol zal zijn tijdens de conventie van Genève begin mei. De Minister gaf terecht aan dat ze het op wereldniveau al helemaal moeilijk heeft. Ik denk dat dit des te meer reden is om het Europese voorzitterschap op een goede manier te gebruiken. Zal Nederland zich inzetten tijdens de speciaal belegde open-ended meeting in Genève begin mei voor het begin van onderhandelingen over een mondiale conventie voor R&D? Ik snap dat je niet meteen een deal kunt bereiken, maar je moet wel beginnen met de onderhandelingen. Ik hoor daarop graag een reactie.
Ik ben blij met de positieve reactie van de Minister op het Italiaanse model. Het is fijn om te horen dat zij daar al mee bezig is. Ze zei dat ze het zal meenemen in een actieplan. Kan zij aangeven wat zij daarmee bedoelt en wat dat precies betekent?
De Minister gaf aan dat zij een groot voorstander is van de openbaarheid van onderzoeksdata. Zij vindt het wel belangrijk dat het mkb daarin kan meegaan. Ik wil haar graag meegeven dat juist het midden- en kleinbedrijf veel baat kan hebben bij open data.
Mevrouw Bruins Slot gaf aan dat zij graag een terugkoppeling wil over de magistrale bereiding. Ik denk dat dit inderdaad het minste is wat gedaan kan worden. Ik steun haar daarin.
Tot slot het punt van de openbaarheid van boetes. De Minister zei dat een dergelijke openheid in strijd met de Wet openbaarheid van bestuur is. Ik denk juist dat dat een typisch voorbeeld is van de manier waarop een wet kan worden misbruikt om informatie niet te geven. Dat lijkt me des te meer reden om die wet maar snel op de schop te doen gaan, maar dat is weer een ander debat. Ik ben blij dat de Minister zegt dat zij eraan werkt om die actieve openbaarmaking wel te realiseren. Ze zei terecht dat het daardoor ook gemakkelijker wordt. Ik denk dat anderen op dat punt nog een voorbeeld aan haar kunnen nemen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA):
Ik dank de Minister voor haar antwoorden in eerste termijn. Het is goed dat in deze visie staat dat we wat moeten doen aan de soms bespottelijk hoge prijzen, maar dat we tegelijk de opdracht hebben om nieuwe geneesmiddelen beschikbaar te maken. Anderen hebben al opgemerkt dat dit alles wel vraagt om een uitwerking. En daarin moeten deze zaken niet alleen in de tijd worden weggezet, iets wat mevrouw Dijkstra vroeg; er zijn immers dingen die we niet op termijn, maar nu al kunnen aanpakken. Het gaat daarbij over heel praktische problemen, dingen tussen droom en daad zogezegd. Zo is het Besluit zorgverzekering onduidelijk over het preventiebeleid met betrekking tot biosimilars. Men kan bijvoorbeeld wel aan magistrale bereiding doen voor de eigen patiënten. Recepten kunnen dus worden opgestuurd naar een apotheek en vervolgens kunnen de geneesmiddelen worden afgeleverd. Al die daadwerkelijk bestaande praktische bezwaren kunnen op zo'n manier echt worden getackeld en opgelost. Ik vraag de Minister om allerlei haakjes in de wetgeving te zetten waarmee die problemen vervolgens kunnen worden aangepakt. Net zoals de collega's vraag ik de Minister daarom om de programma's te voorzien van een beschrijving van de problemen en de oplossingen ervoor, evenals van die haakjes en de manieren waarop de problemen worden aangepakt. Ik denk hierbij vooral aan het geneesmiddelentekort. Mijn vraag over het keiharde rapport van de ACM van vorig jaar is overgebleven. Ik was zonet heel even buiten deze vergadering, dus misschien heb ik het antwoord van de Minister niet gehoord. In haar visie

stelt ze dat dit allemaal heel ingewikkeld is, maar de ACM heeft wel haakjes geleverd om daar wat aan te kunnen doen. Ik wil hierbij wijzen op India, op al het misbruik van octrooiwetgeving en op het publieke belang dat daardoor wordt geschonden. Ik hoef daar niet nog een keer schande van te roepen. In India wordt de industrie wel aangepakt. Gaat de Minister dat ook doen?

De heer **Rutte** (VVD):
In mijn eerste termijn gaf ik aan dat de medische en wetenschappelijke ontwikkelingen, die twintig jaar hoopvol waren, nu daadwerkelijk gaan leiden tot allerhande hoopvolle resultaten. Tegelijk is er geen juichstemming, maar een stemming van bezorgdheid, die ook weer bij patiënten tot bezorgdheid leidt; en dat terwijl er voor hen meer perspectief is dan een aantal jaren geleden. Ik ben ontzettend blij dat de Minister de zaken goed in balans probeert te krijgen met haar medicijnenvisie, waardoor die hoopvolle ontwikkelingen echt en op de juiste manier bij de patiënt kunnen komen, terwijl we ook geen gekke Henkie zijn en op het gebied van prijs en passend gebruik de boel op scherp zetten. Ik hoor dat de Minister dit op allerhande manieren doet en dat is heel goed. Net zoals mevrouw Agema ben ik heel benieuwd naar het uiteindelijke tijdpad: wat gaat op welk moment gebeuren en wat zijn de doelen en resultaten? Ik zie dit allemaal graag tegemoet en spreek tegelijkertijd mijn grote vertrouwen uit. Voor het eerst in jaren is er zo'n integraal programma. Ik dank de Minister ook voor haar inzet om het allemaal zo transparant mogelijk te doen: dus openbaar als dat kan, transparant jegens de financier en de zorgverzekeraars als dat de noodzakelijke weg is en alleen niet transparant als er geen andere weg is. Ik denk dat dat onze enige keus is. Hoezeer we ook houden van transparantie, we moeten daar niet aan doen als dat zou betekenen dat patiënten verstoken blijven van noodzakelijke zorg.
Heel veel dank voor de toezegging van de Minister dat zij zich wil gaan inzetten voor veel meer klinisch geneesmiddelenonderzoek met complexe patiënten en vrouwen in Nederland. Hiermee wil ik niet gezegd hebben dat elke vrouw complex is, maar kennelijk zijn vrouwen complexer. Ik moet nu gaan oppassen, maar ik ga het niet verder uitleggen; u snapt wel wat ik bedoel. Ik hoop dat we al in het komende jaar de eerste resultaten kunnen begroeten.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):
Mijn dank aan de Minister voor de beantwoording van alle vragen. Ik denk dat we het helemaal met elkaar eens zijn. In haar geneesmiddelenvisie heeft ze opgeschreven dat ze alles op alles wil zetten om geneesmiddelen beschikbaar en betaalbaar te houden. Die inzet van haar waardeer ik enorm. Wij willen geen van allen schaarste of postcodefarmacie. Wel heb ik het signaal gehoord dat kleine ziekenhuizen bepaalde oncologische behandelingen niet kunnen uitvoeren omdat ze niet dezelfde toegang tot medicijnen krijgen. We zien dus dat die beschikbaarheid onder druk staat en dat er toch een soort postcodefarmacie ontstaat. Heb ik het goed begrepen dat mensen die daartegen aanlopen, zich moeten melden bij het Landelijk Meldpunt Zorg? En als er in de structuur iets ontbreekt, zijn we dan niet alleen aan het reageren op incidenten? Verder heb ik meegekregen dat de afspraken over oncologische weesgeneesmiddelen per zorgverzekeraar verschillen. Ook dat is niet echt duidelijk voor de patiënt. Graag een reactie hierop.
Er is nog één vraag blijven liggen, al heeft die ook daarmee te maken. Er komt een monitor om de uitgaven aan dure geneesmiddelen in beeld te krijgen. De helft van de ziekenhuizen heeft daar echter geen afspraken over gemaakt. Hoe kan dat? Klopt het wel? Het is de bedoeling van de Minister dat in die monitor ook het effect van de medicijnen wordt meegenomen. Ik vind het heel belangrijk als hierbij ook het patiëntperspectief wordt betrokken.

Minister **Schippers**:
Ik ben het eens met iedereen die zegt dat de geneesmiddelenvisie uitgebreid is en dat sommige dingen erin voor de wat langere termijn zijn en andere ook voor de korte termijn. De heer Van Gerven zegt dat we te veel betalen, maar te weinig doen. Ik wil hem uitnodigen om mij suggesties te doen die daadwerkelijk geld opleveren en de toegang van patiënten tot de geneesmiddelen intact houden. Als we concluderen dat we het in eigen land laten zitten vanwege de GVS, de WGP en de overhevelingen, moeten we ervoor oppassen dat we niet een driedubbele winst willen incasseren. Door de overhevelingen is er al bijna voor een miljard naar de ziekenhuizen gegaan. We vonden allen dat patiënten hier niet onder mochten lijden, en de SP was daar nog het felst in. Misschien zijn er dingen waarbij we even een pas op de plaats moeten maken om ze zorgvuldig en goed te kunnen doen. Misschien ook moeten er nu eerst dingen worden geëvalueerd. Ik denk dat dat heel belangrijk is. Ik ben daarom heel benieuwd naar het VAO en de motie over de magistrale bereiding en de doorlevering die daarin zal worden ingediend. Als die motie een oplossing biedt die daadwerkelijk standhoudt, sta ik daar zeer voor open en ben ik zeer bereid om ernaar te kijken. Onze experts van het CBG, VWS en Zorginstituut Nederland zitten daarbovenop en bekijken gezamenlijk hoe de magistrale bereiding binnen de richtlijnen kan worden opgerekt. Ook de IGZ is daarbij betrokken. Wij bekijken hoe de prijs van nieuwe producten eventueel als factor in het proces kan worden ingebracht, al is dat wel een onzekere route. Als dat mogelijk zou zijn, als we het zo zouden kunnen uitbreiden, zouden we echt stappen zetten. Ik zie het punt en ik deel de opvattingen, maar ik zie ook de beklemming waarin onze toezichthouders zich bevinden. Maar iedereen is dus in touw. Wij zijn heel actief op zoek naar een oplossing waarmee de ruimte die we erdoor zouden kunnen krijgen, eventueel kan worden benut.

De heer **Van Gerven** (SP):
Eerst hadden we de magistrale receptuur, toen «Tecfideragate» en nu gaat dezelfde trukendoos weer open voor Amfexa. Een tijd geleden antwoordde de Minister op mijn vragen met: het kan, dimethylfumaraat kan gewoon langs de alternatieve route worden verstrekt. Nu zijn we enige tijd verder. Ik weet niet wat er in de tussentijd allemaal is gebeurd aan intimidatie door de industrie enzovoorts, maar nu kan het volgens de Minister ineens allemaal niet meer. Ik constateer in ieder geval dat zij niet volledig consistent is. We zullen wel zien waar we in het VAO verder op uitkomen, maar ik vind dit onbestaanbaar. Uit het veld hoor ik dat dit wel kan. De Minister trommelt een hele batterij aan instituten op en zegt dat het niet kan. We moeten dit gewoon niet accepteren en alle wegen bewandelen om het mogelijk te maken dat wij niet de hoofdprijs en de patiënten de rekening moeten betalen.

Minister **Schippers**:
Ik heb aangegeven dat het wel kan voor de eigen patiënten. Wel is het vaak heel complex om de middelen te maken en velen kunnen dat niet. Daar zit een probleem. Soms is iets gemakkelijker te maken en zullen dus meer apotheken het kunnen, maar soms is het moeilijker. Ik zoek naar een uitweg en wil daarbij best de randen van de richtlijn opzoeken. Ik heb daarvoor iedereen ingeschakeld. Er wordt nu gekeken of het echt kan. Er wordt nu dus op gestudeerd en ik denk dat er rond de zomer een antwoord komt. Nogmaals, voor de eigen patiënten is dit al mogelijk, maar de crux zit in de doorlevering. Dat zit ook in de richtlijnen.

De **voorzitter**:
Kan de Minister duidelijkheid geven over wanneer de Kamer hierover kan worden geïnformeerd? Is dat rond de zomer of net na de zomer?

Minister **Schippers**:
Als er voor de zomer een oplossing is, dan is het voor de zomer. Als die oplossing vlak daarna komt, dan zal het daarna zijn. Men is hard aan het werk om te bekijken waar de ruimte zit. Dit zal zo snel als het kan naar de Kamer komen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik denk dat het voor beide partijen belangrijk is om te weten of er wel of geen oplossing komt; dus ook als er geen oplossing wordt gevonden. Het zou mooi zijn als dit nog voor de zomer zou kunnen.

Minister **Schippers**:
Maar als men denkt een lead te hebben gevonden, maar nog even tijd nodig heeft om het een en ander uit te werken en het wel zou kunnen, zou ik dat ook weer vervelend vinden. Ik zal de Kamer voor de zomer rapporteren over de stand van zaken. Als men tot de conclusie is gekomen dat we er niks mee kunnen, laat ik dat de Kamer meteen weten; dan ga ik echt niet wachten tot na de zomer. Als zich een mogelijkheid aandient waarop zij verder willen studeren, duurt het wat langer.

De heer **Van Gerven** (SP):
In dat geval maak ik nog even een opmerking over Amfexa. Het Zorginstituut heeft daarover nog geen besluit genomen. Ik weet niet of het kan, maar laat men dit dan ook even ophouden. Voor de patiënt bestaat er zo in ieder geval een goed alternatief.

Minister **Schippers**:
Als politica kan ik onafhankelijke instituten geen aanwijzingen geven, dus ik kan hun ook niet vertellen dat zij zaken moeten ophouden. Ik ga daar niet over. Ik wacht af wanneer het Zorginstituut hiermee komt.
Ik ga verder over de capaciteitsproblemen van het Zorginstituut. Ik had de voorzitter van het Zorginstituut toevallig toch op bezoek, dus ter voorbereiding van dit debat vroeg ik hem hoe het zit met de capaciteit. Hij vertelde mij dat voor dit werk heel specifieke capaciteit nodig is, en dat het Zorginstituut bij tijd en wijle capaciteitsproblemen heeft als het bepaalde mensen nodig heeft maar niet over hen kan beschikken. Het klopt dus dat het instituut weleens capaciteitsproblemen heeft, omdat dit veld specifieke deskundigheid vergt, maar er is geen sprake van dat wij het te smal houden. Het Zorginstituut doet zijn eigen risicobeoordeling. Net zoals de inspectie die risicobeoordeling controleert, vraagt het instituut zich af wat het zou moeten beoordelen. Dit betekent niet dat andere middelen zomaar binnenkomen en dat niemand daarnaar kijkt. Ze vallen gewoon onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, die ook de therapeutische meerwaarde van andere behandelingen dient te toetsen en nagaat of ze voldoen aan de huidige stand van de wetenschap. Verzekeraars doen dat nu heel vaak alleen, maar bij de dure add-ongeneesmiddelen gaan de verzekeraars meer afstemmen en meer gelijk optrekken. Wij hebben hier al eerder over gesproken. Dit lijkt mij heel belangrijk. Er komen ook meer middelen in de sluis; daarbij gaat het dus om een intramurale toetsing. Het Zorginstituut beoordeelt eigenstandig welke geneesmiddelen het daaruit pikt. De verzekeraar heeft een belangrijke taak bij de andere geneesmiddelen en allerlei andere behandelingen, hulpmiddelen en andere zaken.
Verder is er opgemerkt dat de verzekeraar inzicht moet krijgen in wat er over de sluis is afgesproken. Ik heb al aangegeven dat wij bij de nieuwe contracten afspraken gaan maken over de juiste manier van overdracht, zodat het beleid kan worden voortgezet. Net zoals mevrouw Bruins Slot onderstreep ik dat de groothandel wettelijke verplichtingen heeft. Die zorgplicht blijft daar en we gaan die niet overnemen, in wat voor

werkgroep we ook zitten. We gaan alleen met elkaar concretere acties formuleren.
Over de magistrale bereidingen nog het volgende. Ik heb al eerder mijn oordeel uitgesproken over prijsverhogingen die dusdanig waren dat ze in het licht van de registratiekosten niet te verantwoorden waren. Zoals ik net heb aangegeven, zijn we zeer gemotiveerd om te kijken naar wat er mogelijk is.
Het antwoord op de vraag over de Horizon 2020 moeten we nog uitzoeken. Met alle hier nu aanwezigen weten we niet of er verschillende eisen aan open data of anderszins aan geneesmiddelen zijn gesteld. Ik kom hier dus nog op terug en zal de Kamer erover berichten. Wij zullen hier dus nog even naar moeten kijken. Het tijdstip hangt af van de planning van het VAO.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik zou de Minister willen suggereren om dit in ieder geval vóór het VAO te doen.

Minister **Schippers**:
Als u dat VAO twee weken ophoudt, kan dat; dan kunnen wij daar goed naar kijken.
Mevrouw Dijkstra had nog een vraag over het Belgische pact. In de afgelopen tijd heb ik vele collega's gesproken. Doordat wij dit beleid omtrent geneesmiddelen vrij prominent hebben ingezet en er bepaald niet geruisloos een prioriteit van hebben gemaakt, zijn er heel veel pacten in bespreking. In Italië, Frankrijk, Duitsland en België is dat ook het geval. Wij kennen het pact van België, dat onder meer gaat over meer generiek voorschrijven. Dat zit ook in ons preferentiesysteem. Het geld dat vrijkomt door generiek voorschrijven wordt besteed aan innovatieve geneesmiddelen en ingezet voor kostenbesparingen. Wij hebben deze besparingen al gerealiseerd door ons preferentiebeleid. Eerder zei ik al dat ik opensta voor iedere oplossing die de patiënt ten goede komt. Dus iedereen die een goede oplossing heeft, is bij mij welkom. Als ik daar een pact, een hoofdlijnenakkoord of een convenant – ik weet niet wat we in de afgelopen jaren allemaal hebben gedaan – voor moet sluiten, doe ik dat. Natuurlijk zijn er patiënten die echt medicijnen voor hun diabetes moeten krijgen. Het «Zelfzorg Ondersteund»-programma, ingezet door verzekeraars samen met dokters en patiënten, is helemaal gericht op een zo goed mogelijke leefstijl en het zo veel mogelijk afbouwen van medicatie, als dat mogelijk is. «Alles is gezondheid» is een vergelijkbaar programma. «Gepast gebruik» hebben we ook. Ik ben het er helemaal mee eens dat dit in ons farmaciebeleid voorop moet staan.
Mevrouw Agema had het nog over het preferentiebeleid. Het preferentiebeleid is van 2005, dus we hebben dat al elf jaar. Het is dus elf jaar geleden ontwikkeld. Ik was daar indertijd zelf bij, als Kamerlid. Het heeft echt wel een paar jaar geduurd voordat iedereen zijn rol hierin had gevonden en het goed kon gaan werken. Ook sommige dingen uit mijn farmacievisie hadden volgens mij tijd nodig. Bij andere dingen heb ik weer wel haast en zie ik de noodzaak om ze zo snel mogelijk in te zetten. Ik wil niet zeggen dat we nog helemaal niets hebben bereikt. We zijn nu al zo'n drie jaar aan het onderhandelen. Als je alles bij elkaar optelt, zie je dat dat behoorlijk wat heeft opgeleverd. Maar we zitten in de tussentijd zeker niet stil. Het preferentiebeleid heeft in de afgelopen elf jaar behoorlijk wat opgeleverd, al zie ik ook dat ondertussen de bodem wel zo'n beetje is bereikt. Ik ben het met mevrouw Agema eens dat er op een gegeven moment nieuwe impulsen nodig zijn om nieuwe opbrengsten te kunnen genereren. Wij zetten daar sterk op in. Ik hoop dat wij daardoor op een gegeven moment gelijksoortige bedragen zullen kunnen inboeken.
Wij zijn betrokken bij de WHO. Ik zal daar aanwezig zijn en ik zal inbrengen wat we op Europees niveau met elkaar hebben uitgewisseld. Het

Italiaanse model komt neer op het actieplan Gepast gebruik dat dit najaar naar de Kamer zal gaan. Als ik het gehele systeem presenteer, zal de Kamer zien wat er wanneer wordt gedaan en kan worden verwacht.
De zaak van de open data zal nog verder worden uitgewerkt. Daar zitten echt een aantal zaken in die nog uitwerking behoeven. Over de openbaarmaking van boetes nog het volgende. Ik denk dat het voor alle debatten in de Tweede Kamer enorm zal helpen als we eenmaal over de Gezondheidswet beschikken en we dus weten wat er wanneer actief openbaar zal worden gemaakt. Dat zal heel veel rust brengen. Het is overigens een enorme opgave voor de toezichthouders, want zij moeten alles volgens de Wet bescherming persoonsgegevens aanpassen. Dat is een enorme klus, maar ik denk dat een standaardcyclus voor de openbaarmaking echt heel belangrijk is.
Moeten we nu doen wat nu kan? Met betrekking tot het Besluit zorgverzekering heb ik al aangegeven dat ik op dat gebied niet zo veel problemen zie, omdat de meeste biosimilars intramuraal worden toegepast. Als er problemen rijzen, zullen we daar zeker naar kijken, maar dit is vooral een intramuraal verhaal.
We zitten er bij de magistrale bereiding dus bovenop. Wel vraag ik me af of dit een heel snelle inkopper zal worden. We proberen er ook een aantal dingen aan te koppelen. Maar de ACM zit dus boven op deze markt en zal hierop blijven toezien. Zoals gezegd ging het niet om een incident. Dit is ook bij de Europese Commissie doorgedrongen en ook de Commissie heeft aangegeven dat zij hier zeker op zal toezien. Dat moet ook, omdat voor iedereen geldt dat de regels verregaand zullen moeten worden toegepast. Er moet geen misbruik zijn.
Er kwam verder een opmerking over India. De patentregelgeving geschiedt hier op Europees niveau. Ik heb al verschillende debatten gevoerd over de patentregelgeving. Dat zijn altijd ontzettend drukke debatten, die heel lastig zijn te voeren. Ik denk niet dat we die uit de weg moeten gaan. Doen we dit op een goede manier? Ik heb het al gehad over de aanvullende beschermingsconstructies. Daarbij gaat het natuurlijk om verlengde patenten. We zouden daar echt eens naar moeten kijken.
Met betrekking tot de postcodefarmacie heb ik al gezegd dat ik geen uitzonderingen wil maken, maar dat er altijd in redelijkheid naar de MBI's wordt gekeken. Het is ontzettend belangrijk dat men het bij de inspectie meldt als er iets echt misgaat. Overigens kunnen niet alle ziekenhuizen alle behandelingen aanbieden, maar dat is ook niet erg. Er moet gewoon voldoende worden ingekocht en het is soms goed om bepaalde behandelingen in bepaalde ziekenhuizen te bundelen, waardoor bepaalde zorg wordt ingekocht op een plek waar de kennis en ervaring daaromtrent is geconcentreerd. Dat kan betekenen dat bepaalde geneesmiddelen niet overal worden verstrekt en dus ook niet overal worden aangeleverd. Ik wijs erop dat er voor weesgeneesmiddelen een actief concentratiebeleid is gevoerd, ook in het kader van de expertisecentra. Alleen de acht umc's en het NKI/AVL mochten daardoor weesgeneesmiddelen declareren. Dit is terug te zien in de gemelde cijfers.
De monitor geeft inzicht in de contractering en de inkoop, en een sneller inzicht in de realisatiecijfers. De uitvoering geschiedt door de NZa. De 50% waarnaar mevrouw Faber verwees, betreffen de afspraken over monitoring in de contracten tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Wij vinden patiëntervaringen belangrijk en onderzoeken of deze deel moeten gaan uitmaken van een apart traject of dat we ze moeten laten aansluiten bij bestaande trajecten.

De **voorzitter**:
Hiermee zijn we gekomen aan het eind van de tweede termijn van de regering. Ik neem nu de toezeggingen door.
– De Kamer ontvangt een brief over welke concrete acties worden ingezet met betrekking tot de geneesmiddelenvisie, vergezeld van een tijdpad en

van informatie over de trekker ervan. Wanneer kan de Kamer die brief ontvangen?

Minister **Schippers**:
Voor de zomer.

De **voorzitter**:
- In het najaar ontvangt de Kamer het actieplan Gepast gebruik, inclusief informatie over het Italiaanse model.
- De resultaten van de werkgroep geneesmiddelentekorten zullen voor de zomer naar de Kamer worden gestuurd.
- Voor de zomer wordt de AMvB over de structurele regeling van de sluis bij de Kamer voorgehangen.
- De Kamer ontvangt per brief wat er vanaf 2014 cumulatief is opgeleverd ten aanzien van de onderhandelingen over de prijsstelling van bepaalde geneesmiddelen.
- In de zomer ontvangt de Kamer het AP-onderzoek over de herberekeningen van het GVS, inclusief de gevolgen voor de patiënt.
- De Kamer ontvangt een brief over de positie van de IGZ en de NVWA met betrekking tot het bij de Kamer aanhangig wetsvoorstel over de openbaarmaking van boetes.
- De Minister zal schriftelijk reageren op de door de heer Van Gerven aangereikte bedrijfsbezoekcasus.

Minister **Schippers**:
Dat heb ik niet toegezegd. Ik geleid dit verzoek door naar de toezichthouder. De toezichthouder moet dit namelijk beoordelen. Dit is niet mijn taak.

De **voorzitter**:
Dit wordt dus doorgeleid.

De heer **Van Gerven** (SP):
Als de Minister dit doorgeleidt naar de toezichthouder en die dit weer gaat beoordelen, wanneer kunnen wij het dan verwachten?

Minister **Schippers**:
Ik zal de toezichthouder vragen of hij de Kamer daarover wil berichten. Het zal in ieder geval voor de zomer zijn, al weet ik niet hoe complex dit is. Ik kan dit dus zelf niet toezeggen, maar ik zal dit verzoek erbij doen.

De **voorzitter**:
- De Kamer zal worden geïnformeerd over de actie die wordt ondernomen op het gebied van het «Fair Medicine»-initiatief, vergezeld van een tijdtabel.
- De Kamer zal worden bericht over de pilots in Benelux-verband.
- De Kamer zal rond de zomer worden geïnformeerd over de magistrale bereiding, waarover diverse instanties zich thans buigen.
- De Kamer wordt bericht over Horizon 2020.

Met die laatste toezegging ben ik ook aangeland bij het VAO. De heer Van Gerven heeft een VAO aangevraagd. Wij zullen vragen of dit kan worden ingepland na ommekomst van de informatie over Horizon 2020, wat volgens mij ook het verzoek was.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het lijkt mij sowieso goed als het VAO plaatsvindt vóór het meireces. Volgens mij is het mogelijk om dan ook alles over Horizon 2020 uit te zoeken. Mij is dat namelijk ook in een beperkte tijd gelukt.
Nog het volgende over de magistrale bereidingen. Volgens mij had de Minister zonet toegezegd dat ze ons in ieder geval voor de zomer de stand

van zaken zou laten weten. «Rond de zomer» kan namelijk ook «in oktober» betekenen.

De **voorzitter**:
De Kamer wordt inderdaad vóór de zomer bericht over wanneer dit komt. De daadwerkelijke informatie kan dus na de zomer komen.
Er komt dus een VAO vóór het meireces, na ommekomst van de informatie over Horizon 2020.
Ik dank de Minister en haar ambtelijke top voor hun aanwezigheid en ondersteuning. Ik dank de Kamerleden voor hun inbreng. Ik bedank de mensen op de publieke tribune en hen die dit debat op een andere manier hebben gevolgd, voor hun belangstelling. Het was deze middag een lange zit.

Sluiting 18.36 uur.